

## Referate.

### *Allgemeines. Kriminologie.*

● **Die Lebensnerven. Ihr Aufbau, ihre Leistungen, ihre Erkrankungen.** 2. erw. Aufl. d. vegetativen Nervensystems. Dargest. v. L. R. Müller. Berlin: Julius Springer 1924. XI, 614 S. u. 4 Taf. G.-M. 35.— / § 8.35.

3½ Jahre nach dem Erscheinen des vegetativen Nervensystems hat L. R. Müller diese zweite, erweiterte und um Wesentliches bereicherte Auflage unter dem Titel „Die Lebensnerven“ herausgeben können, eine Tatsache, die nicht nur deutlich darstellt, wie das Interesse für dieses Gebiet im Steigen begriffen ist, sondern zugleich auch der Bedeutung des Buches gerecht wird. Lebensnervensystem nennt M. das vegetative Nervensystem, weil es den richtigen Ablauf der vegetativen, d. h. der zur Unterhaltung des Lebens notwendigen Funktionen gewährleistet. Dem sympathischen System (dem beiderseits neben der Wirbelsäule verlaufenden Grenzstrang mit seinen Ganglien-knoten und den von dort entspringenden Nervenfasern sowie den Prävertebralganglien) stellt er das parasympathische System gegenüber, das in einem gewissen Gegensatz zu dem sympathischen System steht und das er in ein kranial-autonomes und in ein sakral-autonomes System scheidet; das letzte umfaßt die aus dem unteren Sakral-mark stammenden Bahnen für die Becken- und die Geschlechtsorgane, das erste die aus dem Mittelhirn in der Nähe des Okulomotoriuskernes entspringenden Fasern für die Nervi ciliares und den Sphincter pupillae, den visceralen Vaguskern im Boden des IV. Ventrikels, die Zentren für die Vasodilatatoren und für die Tränen- und Speichel-drüsen in der Medulla oblongata; zum parasympathischen System gehören weiter die vasodilatatorischen Bahnen und die Hemmungsfasern für die Pilomotoren, die aus dem ganzen Rückenmark entspringen. Endlich faßt er die nervösen Apparate in den Wandungen der Hohlorgane, wie wir sie in der Schlundröhre, im Magen-Darmkanal, im Ureter und in der Blase, vor allem auch im Herzen finden, unter dem Namen Wandnervensystem der Hohlorgane zusammen. Nach entwicklungsgeschichtlichen Bemerkungen folgt die Anatomie, Histologie, Physiologie und Pharmakologie dieses gesamten Lebensnervensystems. Sodann werden der Anteil des vegetativen Nervensystems an der Kopf-innervation, die Innervation des Herzens und die Störungen der Funktionen des Herz-nervensystems beschrieben; weiterhin die Innervation der Blutgefäße, die Nerven-versorgung der zarten Hirn- und Rückenmarkshaut und der Gefäßgeflechte des Gehirns, die Innervation der Bronchien, der Schild- und Brustdrüse, der Nervenversorgung der Schlundröhre und des Magens, des Darmes, der Bauchspeicheldrüse und der Leber, der Niere und Nebenniere, die Blaseninnervation und die Nervenversorgung der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane. Die weiteren Kapitel enthalten die Beziehungen des Lebensnervensystems zur Haut, die vasomotorischen Erscheinungen, die Innervation der Haarbalgmuskeln, die Nervenversorgung der glatten Muskulatur der Haut des Hodensackes, des Gliedes und des Warzenhofes sowie der Schweiß-absonderung, die neurogenen Dystrophien (trophische Neurosen, Hemiatrophia faciei progressiva), zeigen den Einfluß des vegetativen Nervensystems auf den Pigment-gehalt der Haut, auf das Fettgewebe, auf Knochen und Gelenke und den Skelettmuskel-tonus, schildern die Beziehungen zu Blut und Atmung, zeigen die Bedeutung des vegetativen Nervensystems für die Wärmeregulation und den Stoffwechsel, beschäf-tigen sich mit der Sensibilität der inneren Organe und sprechen endlich über die Gemein-gefühle des Hungers und Durstes. Daran schließen sich Kapitel über die Erkrankungen des vegetativen Nervensystems (ein besonderer Abschnitt von Specht-Erlangen, „Vegetatives Nervensystem und Psychopathologie“, behandelt die progressive Paralyse, die Dementia praecox, die Epilepsie und das manisch-depressive Irresein und weist

überzeugend nach, wie stark zum mindesten die Beteiligung des vegetativen Nervensystems an diesen Erkrankungen ist) sowie über die pathologische Anatomie und die Behandlung der Erkrankungen des Lebensnervensystems. Eine große Reihe (352) zum Teil farbiger Abbildungen und 4 farbige Tafeln illustrieren sehr schön die anregenden Ausführungen über dieses wichtige, wenn auch zum Teil noch problematische Gebiet. Das Buch, das alles umfaßt, was bisher über Anatomie, Physiologie, Symptomatologie und Pathologie des vegetativen Nervensystems geschrieben wurde und somit im besten Sinne die Klinik des vegetativen Nervensystems darstellt, ist ein Standardwerk und ein Beweis, wie M. mit Recht am Schlusse seines Vorwortes zu dieser 2. Auflage sagt, daß sowohl die deutsche Wissenschaft als auch der deutsche Verlagsbuchhandel dem Vernichtungswillen unserer grausamen und unversöhnlichen Feinde einen unbeugsamen Lebenswillen entgegensezten. *Klieneberger* (Königsberg i. Pr.).

● **Jakob, A.:** *Die extrapyramidalen Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Anatomie und Histologie und der Pathophysiologie der Bewegungsstörungen. (Monographien a. d. Gesamtgeb. d. Neurol. u. Psychiatrie. Hrsg. v. O. Foerster u. K. Wilmanns. H. 37.)* Berlin: Julius Springer 1923. X, 419 S. Geb. G.-M. 30.— / § 7.20.

Nach einer kurzen klinischen Charakterisierung der extrapyramidalen Bewegungsstörungen bespricht Jakob im I. Teil seines Buches die Grundzüge der normalen Bauverhältnisse des extrapyramidalen Hauptsystems, als welches er im Gegensatz zu dem fronto-ponto-cerebellaren System, das gleichfalls einen der extrapyramidalen Bewegungskoordination dienenden Mechanismus darstellt, das in den basalen Stammganglien vertretene extrapyramidale System bezeichnet, und gibt eine Übersicht über die wichtigsten Faserverbindungen dieses Systems mit seinen Zentren. Der II. Teil des Buches behandelt die einzelnen Syndrome, die in Hinsicht auf die jeweils im klinischen Bilde besonders hervortretenden Bewegungsstörungen in 3 Abteilungen gesondert werden, in das choreatische Syndrom, das die Chorea minor und Chorea gravidarum, die symptomatische Chorea bei Allgemeinerkrankungen des Gehirns auf syphilitischer, arteriosklerotischer u. a. Grundlage, sowie die chronisch-progressive Chorea umfaßt, das hypokinetisch-hypertonische Syndrom des Parkinsonismus (in der Hauptsache Paralysis agitans, senile Psychosen mit Parkinsonismus, arteriosklerotische und syphilitisch bedingte Muskelstarre, Wilsonsche Pseudosklerose) und das athetotische Syndrom, bei dem klinisch und anatomisch die angeborene Athetose des frühesten Kindesalters von der des späteren kindlichen und jugendlichen Alters und der des Erwachsenen unterschieden wird; zu der letzteren rechnet J. auch die symptomatische Athetose als Teilerscheinung ätiologisch verschiedenster Prozesse wie die symptomatische Torsionsdystonie, den Torsionsspasmus als lokales Athetosyndrom mit vornehmlicher Beteiligung der Rumpf- und Extremitätenmuskulatur. Im letzten Teil des Buches bespricht J. zunächst die Lokalisation der extrapyramidalen Bewegungsstörungen, indem er ein Striatum-, ein Pallidumsyndrom, ein Syndrom des Corpus Luysii und ein Syndrom der Substantia nigra aufstellt, wendet sich dann der Pathophysiologie der extrapyramidalen Bewegungsstörungen zu und schließt folgernd auf die normale Funktion des extrapyramidalen Hauptsystems als Ganzes und seiner einzelnen Teile. Er charakterisiert das gesamte extrapyramidale Hauptsystem als ein hoch entwickeltes, der Koordination der Bewegungen dienendes Organ, das nur unter indirektem Einfluß der Großhirnrinde arbeitet, tonusregelnd wirkt und in weitestem Sinne reflektorisch alle dem Thalamus zufließenden Erregungen mit entsprechenden motorischen Äußerungen beantwortet. Somit erscheint es als Zentrum der Ausdrucksbewegungen; es ist das Zentrum der reaktiven Flucht- und Abwehrbewegungen, von Schmerz- und Schreckreflexen, von Orientierungs-, Adversions- und Schutzeinstellungen, für die automatischen Haltungs- und Stellungsänderungen und Hilfsbewegungen beim Bewegungsablauf und schließlich bei allen Handlungen, für die zwangsmäßigen Synergien und Mitbewegungen und für motorische Teilkomponenten, die bei den Gemeinschafts-

bewegungen des Sitzens, Stehens und Gehens, Kauens und Schlucken und bei der Sprache eine wesentliche Rolle spielen. Das Striatum muß als das eigentliche Zentrum angesehen werden; auch wirkt es tonusregulierend auf das Pallidum, das als das Zentrum von Bewegungssynergien einzelner Muskelgebiete und Extremitätenabschnitte im Dienst der striären Bewegungsautomatismen erscheint. Der Luyssche Körper regelt die Bewegungssynergien ganzer Körperabschnitte mit besonderer Betonung von cerebellaren Gleichgewichtskomponenten. Auch bestehen nahe Beziehungen der genannten Zentren zum autonomen System. Die Substantia nigra ist in erster Linie ein tonisierendes Zentrum. Natürlich beeinflussen sich Ausfälle der einzelnen Zentren in mannigfaltiger Weise. Auch stehen sie mit dem Cortex funktionell in gegenseitiger Wechselbeziehung. Der spezifische Charakter des extrapyramidalen Hauptsystems ist in hohem Grad mitbestimmend für das individuelle motorische Gesamtgepräge der Persönlichkeit. Auch eröffnen sich aus den Untersuchungen der extrapyramidalen Erkrankungen bedeutsame Ausblicke in die Zusammenhänge von Motorik und Psyche; neue Gesichtspunkte und Fragestellungen nach dem Wesen von Krankheitsprozessen und physiopathologischen Zusammenhängen tauchen auf. — Das Buch fußt auf 33 eigenen, durch treffliche histologische Abbildungen gestützten Krankheitsfällen, berücksichtigt die einschlägige Literatur in weitgehendem Maße und ist klar, kritisch, flüssig, fesselnd und im besten Sinne anregend geschrieben. *Klieneberger* (Königsberg i. Pr.).

● **Guggenheim, M.: Die biogenen Amine und ihre Bedeutung für die Physiologie und Pathologie des pflanzlichen und tierischen Stoffwechsels. 2. umgearb. u. verm. Aufl. (Monographien aus d. Gesamtgebiet d. Physiologie der Pflanzen u. d. Tiere. Bd. 3.) Berlin: Julius Springer 1924. VIII, 474 S. G.-M. 20.— / \$ 4.80.**

Das vorliegende Buch gibt unter gründlichster Berücksichtigung der umfänglichen Literatur, welche in einem Verzeichnis auf 112 Seiten angeschlossen ist, eine vollständige Zusammenstellung der Eiweißchemie in begrüßenswerter Übersichtlichkeit. Nach einem einleitenden Überblick werden in 9 Gruppen behandelt: Die Alkylamine, Alkanolamine, die Neuringruppe, die Diamine, die Guanidinoverbindungen, die Imidazolverbindungen, die Betaine und  $\omega$ -Aminosäuren, die Phenylalkyl- und Phenylalkanolamine, das Indoläthylamin und schließlich gelangen unter der Bezeichnung „biogene Amine unbekannter Konstitution“ das Hypophysenprinzip und das Schilddrüsenprinzip in ihrer Bedeutung für den Stoffwechsel zur Erörterung. Die Körper jeder der 9 Gruppen erfahren eine eingehende Schilderung nach ihrem chemischen Verhalten, nach Synthese und Konstitution, Ableitung, Entstehung, Vorkommen im Pflanzen- und Tierreich. Danach werden mit gleicher Gründlichkeit das biochemische Verhalten, das Schicksal und der Abbau, die physiologische und pharmakologische Wirkung, die Eigenschaften im allgemeinen und im besonderen, Salzbildung, Darstellung, Identitätsnachweis und Isolierung der Körper besprochen. Die Reaktionen sind mehrfach in übersichtlichen Tabellen aneinandergereiht, sodaß die Orientierung außerordentlich erleichtert wird. Es gibt kaum in der Literatur eine ähnliche gründliche Bearbeitung der für Physiologie, Chemie und Medizin gleich bedeutungsvollen Eiweißabkömmlinge. Man kann dem Buch, das seit dem Jahre 1919 in 2. Auflage vorliegt, wegen seiner Brauchbarkeit eine weitere Folge von Auflagen voraussagen. *C. Ipsen* (Innsbruck).

**Graetz, Fr.: Über Probleme und Tatsachen aus dem Gebiet der biologischen Spezifität der Organantigene in ihrer Bedeutung für Fragestellungen der normalen und pathologischen Biologie. Ergeb. d. Hyg., Bakteriol., Immunitätsforsch. u. exp. Therapie Bd. 6, S. 397—591. 1923.**

Eine ausgezeichnete Zusammenstellung aus dem Gebiet der biologischen Eiweißdifferenzierung unter Berücksichtigung auch der forensisch wichtigen Fragen. Behandelt wird die Beziehung der parenteralen Eiweißverdauung zur Immunität, die Abderhaldensche Reaktion, die Umstimmung des Organismus nach parenteraler Eiweißzufuhr, die Grundlagen der biologischen Spezifität der Antigene, die Organspezifität, die heterogenetischen Hämolsine, ihre Beziehungen zu Krankheitsvorgängen, die

Struktur der Augenantigene (Linse), die biologische Sonderstellung des tierischen Keimplasmas (Spermaeiweiß), die Biologie des weiblichen Keimplasmas, die Sonderstellung der Milcheiweißkörper und der Tumorantigene, die Immunisierung mit Organzellen, um nur einiges aus dem reichen Inhalt zu erwähnen. Experimentell bewiesene Tatsachen und theoretisch-hypothetische Erwägungen sind scharf gegeneinander abgegrenzt, was an dieser Übersicht besonders wohltuend wirkt. *G. Strassmann* (Berlin).

**Zimmermann, Fritz: Über gerichtliche und soziale Medizin.** Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 30, Nr. 6, S. 51—57. 1924.

Schlußsätze: Die gerichtliche Medizin ist vielfach Behandlung, und zwar unter erschweren Verhältnissen. Ganz ohne Krankenmaterial kommt der Dozent wohl kaum aus; Prof. Schulz hat darauf hingewiesen, daß vereinbarungsgemäß Krankenvorstellungen aus der Klinik anderen Dozenten ermöglicht werden könnten. Es wird übrigens in der Vorlesung auch der Besuch eines Gefängnisses, einer Schwurgerichtsverhandlung, einer Verhandlung vor dem Oberversicherungsamt, eine Führung durch den Betrieb einer Ortskrankenkasse möglich sein. Eine Reihe berufsethischer Fragen (Operation ohne Einwilligung, Berufsgeheimnis, Tötung auf Verlangen, künstlicher Abort) hängen mit der gerichtlichen Medizin so eng zusammen, daß sie zweckmäßigerweise dort behandelt werden. Die ärztliche Rechtskunde, die Begutachtungs- und Behandlungspsychologie mit der Besonderheit des Rechtsstreits gehört zur zivil- und versicherungsrechtlichen Medizin. Ein Teil der Versicherungsmedizin gehört zur sozialen Hygiene (Prophylaxe, zum Teil rechts- und gesundheitspolitische Bestrebungen zur Änderung der Versicherungsgesetzgebung). Engere Verbindung mit Juristen und Psychologen scheint erwünscht. Soziale Medizin ist so notwendig wie gerichtliche Medizin. Ohne eine Pflichtvorlesung wird kaum auszukommen sein. Der Arzt wird in der kommenden Zeit erhebliche Aufgaben hier bekommen. Ich bin jedoch der Auffassung, daß es am sparsamsten ist, ärztlich vorgebildete Männer in vorwiegend ärztlich bedeutsamen Fragen arbeiten zu lassen, und daß man junge Ärzte nicht auf die Sozialpolitik loslassen soll, ehe man ihnen auf der Universität gesagt hat, daß das gar keine so einfache Sache sei. Diesen Schlußsätzen ist durchaus beizustimmen. Z. erwähnt nicht die technischen Aufgaben der gerichtlich-medizinischen Institute (Fingerabdrücke, Schußspuren, Blut-, Haar-, Spermauntersuchungen usw.) und er erwähnt nicht, daß ohne Erziehung eines ausreichenden und hinreichend vorgebildeten Nachwuchses an den Universitätsinstituten die Zukunft des Faches der gerichtlichen und sozialen Medizin schwer gefährdet ist. *Lochte*.

**Köllner, H.: Fortschritte in der Erkenntnis der Farbensinnstörungen.** (Univ.-Augenklin., Würzburg.) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 50, Nr. 8, S. 228—230. 1924.

Überblick über die bekannten Typen der angeborenen Farbensinnstörungen. Näher besprochen werden die Anomalien; sie können unter günstigen Beobachtungsbedingungen noch ein Farbenunterscheidungsvermögen haben, das dem der Normalen sehr nahe kommt, unter ungünstigen Bedingungen aber ebenso hilflos sein wie die Rot-Grünblinden. Die relativ Rotsichtigen (Grünanomalien) bilden eine Vorstufe zu den Grünblinden, die Rotanomalien eine Vorstufe zur Rotblindheit. Es gibt fortlaufende Übergänge zu der zugehörigen Form der Farbenblindheit in Gestalt einer immer mehr abnehmenden Rot-Grünempfindung; dabei ist bemerkenswert, daß ebenso wie die beiden Formen der Rotgrünblindheit immer nur streng voneinander getrennt vorkommen, wir auch zwischen ihren Vorstufen keinerlei Übergänge kennen. Diese scharfe Scheidung zeigt sich auch bei der Vererbung. Die Rotanomalien zeigen ebenso wie die Rotblinden eine geringe Helligkeitsempfindung für das langwellige Spektralende; dem entsprechen die Hessschen Befunde bezüglich der pupillomotorischen Reizwerte; ebenso zeigen diese beiden Gruppen Herabsetzung der Blaugelbempfindung. Die von Hess als Rot-Grünungleichheit bezeichnete typische Abweichung bei den Anomalien scheint auf den ersten Blick bei den beiden Formen entgegengesetzt zu sein, indem bei den „Grün-

sichtigen“ die Rotempfindung, bei den „Rotsichtigen“ die Grünempfindung relativ unterlegen ist. Berücksichtigt man aber bei den erstenen die geringere Helligkeitsempfindung für Rot und stellt die dadurch bedingte Einbuße an Rotempfindung in Rechnung, so ergibt sich, wie Köllner nachweisen konnte, die überraschende Tatsache, daß der Grad der Rotgrünungleichheit bei allen beiden Gruppen annähernd der gleiche und überhaupt durchgängig auffallend konstant ist. K. möchte das als Konstanz der Rotgrünungleichheit bezeichnen. Rein theoretisch könnte diese Störung des normalen Rotgrünungleichgewichtes sowohl durch eine ungleiche Herabsetzung der Empfindung für Rot und Grün als auch durch eine höhere Empfindlichkeit für eine Farbe bedingt sein; denn die Rayleighgleichung gibt eben lediglich das Verhältnis beider zueinander an, und dieses braucht durch Steigerung und Herabsetzung der Rot- und Grünempfindung natürlich nicht gestört zu sein. Es besteht aber bei den Anomalien nicht nur eine Herabsetzung der Farbenempfindung gegenüber der Norm, sondern es kommt auch eine Überwertigkeit z. B. für Rot vor (Hess, Wölfflin). Daraus ergibt sich, daß trotz der auffallend konstanten Rotgrünungleichheit aller dieser Anomalien, wie sie sich bei den Mischungsgleichungen zeigt, doch der Grad der Rot- und Grünempfindung ganz verschieden sein kann. Ganz ähnliche Verhältnisse, wenn auch nicht in so großem Umfange, finden sich auch bei „Rotgrünungleichheit“, d. h. auch die in dieser Hinsicht Normalen zeigen gewisse Differenzen im Grade ihrer Rot- und Grünempfindung. Bei manchen Individuen übertrifft sie den normalen Durchschnitt, andererseits kann sie auch hier eine beträchtliche Herabsetzung zeigen. In letzterem Falle findet man dann eine Schwäche der Rotgrünempfindung bei normaler Mischungsgleichung. — Diese Tatsachen müssen Veranlassung dazu geben, die bisher aufgestellten Farbensinntheorien zu überprüfen, da weder die Helmholtzsche noch die Heringssche Lehre in ihrer ursprünglichen Form eine befriedigende Erklärung geben können. K. nimmt an, daß wir es bei all den Formen der angeborenen Farbensinnstörungen primär mit einer mangelhaften Differenzierung der vom Licht ausgelösten physiologischen Vorgänge innerhalb der Netzhaut zu tun haben. Das geht auch daraus hervor, daß die Anomalien der Rotgrünempfindung — wenn auch selten — einseitig beobachtet sind. Endlich hat K. nachweisen können, daß die erworbenen Störungen der Rotgrünempfindung, welche fast alle Erkrankungen der Leitungsbahnen begleiten, ebenso wie ihr Endstadium, die totale Farbenblindheit, niemals in den Formen der angeborenen auftreten, vielmehr von dieser sich ganz charakteristisch unterscheiden. Nur die erworbene Blaugelbblindheit zeigt mit der angeborenen weitgehende Übereinstimmung; gerade sie findet sich ausschließlich bei Netzhauterkrankungen, und zwar, wie K. zeigen konnte, nur bei trans- und exsudativen Prozessen. Beziiglich der Brauchbarkeit der angeborenen Farbensinnstörten kommt K. zum Schluß, daß alle Farbenblindnen untauglich sind. Das gilt auch für die seltene Gelbblaublindheit, da hier fast immer gleichzeitig auch Herabsetzung der Rotgrünempfindung besteht. Auch alle, bei denen Rotgrünungleichheit besteht (das sind einschließlich der Rotgrünblindnen etwa 8% aller Männer), sind als unbrauchbar für Eisenbahn und Marine zu betrachten, obwohl bei ihnen eine Steigerung der Rot- bzw. der Grünempfindung vorliegen kann. Maßgebend für diese Auffassung K.s ist die Tatsache des gesteigerten farbigen Simultankontrastes, welchen diese Anomalien besitzen. Außerdem sind unter denen, welche über Rotgrünungleichheit verfügen, also in dieser Hinsicht sich scheinbar normal verhalten, diejenigen noch als unbrauchbar auszuscheiden, welche eine stärkere Herabsetzung der Rotgrünempfindung aufweisen. Sie sind viel weniger häufig, kommen aber immerhin vor. Man kann sie zum Teil schon bei den Mischungsgleichungen an einer gewissen Unempfindlichkeit gegenüber Rot- bzw. Grünzumischung erkennen, doch sind zur Feststellung noch andere Hilfsmittel erforderlich. Zur Untersuchung sind hier die bisherigen Tafelproben und auch die Holmgren'sche Wollprobe zu verwenden. In dieser Hinsicht verweist K. auch auf die neuen Untersuchungsmethoden von Hess, die freilich nicht ganz einfach zu handhaben sind.

Brückner (Basel).

**Imhofer, R.: Forensische Otologie. Kritisches Sammelreferat.** Internat. Zentralbl. f. Ohrenheilk. u. Rhino-Laryngol. Bd. 22, H. 4/6, S. 105—117. 1924.

Kurze Besprechung der für den Gutachter wichtigen otologischen Veröffentlichungen der Nachkriegszeit, soweit sie sich beziehen auf: Simulation und Simulationsnachweis, Simulation und seelisch bedingte Hörstörungen, direkte und indirekte Verletzungen des Gehörganges in seinen verschiedenen Abschnitten und ihre Folgen, Selbstbeschädigungen durch Verätzung usw., Wirkung von Allgemeingiften auf das Gehörorgan, Salvarsanschädigungen und einiges andere. *Grünberg* (Rostock).○

**Haberda: Der sachverständige Zeuge.** Wien. klin. Wochenschr. Jg. 37, Nr. 4, S. 93—94. 1924.

Verf. bespricht die Pflichten des Arztes bei seiner Einvernahme als sachverständiger Zeuge. Wie jeder Zeuge hat auch der sachverständige Zeuge bloß über Wahrnehmungen zu berichten, allerdings auch über solche, die er bloß vermöge seiner besonderen Fachkenntnisse machen konnte. Aller Schlußfolgerungen aus diesen Beobachtungen für den speziellen Fall hat er sich aber zu enthalten, da dies Sache der ärztlichen Sachverständigen ist. Bei in dieser Richtung von dem Richter an ihn gestellten Fragen hat er seine Vereidigung als Sachverständiger vorher zu verlangen. *Marx* (Prag).

**Balthazard, V.: Incompatibilité des fonctions de médecin traitant avec celles de médecin contrôleur ou expert.** (Unverträglichkeit der Tätigkeit des behandelnden Arztes mit der als Vertrauensarzt oder Sachverständiger.) Bull. de l'acad. de méd. Bd. 91, Nr. 13, S. 404—406. 1924.

Verf. macht auf die vielen Schwierigkeiten aufmerksam, die entstehen können, wenn das Amt des behandelnden Arztes und des Vertrauensarztes der Versicherung oder des ärztlichen Sachverständigen in einer Person vereinigt ist. Er weist darauf hin, daß der behandelnde Arzt der natürliche Verteidiger der Kranken und ihrer Interessen ist, daß er das Berufsgesetz zu bewahren hat und verlangt daher, daß die Rolle des behandelnden Arztes niemals mit der des Vertrauensarztes oder des ärztlichen Sachverständigen verbunden werden darf. *Ziemke* (Kiel).

**Somerville, Wm. G.: Who is responsible for the drug addict?** (Wer ist verantwortlich für den Mißbrauch von Arzneimitteln?) Southern med. journ. Bd. 17, Nr. 2, S. 108—112. 1924.

Der Mißbrauch von Narkoticis, der als eine Krankheit für sich zu betrachten ist, kann nur bekämpft werden, wenn diese Kranken (Morphinisten usw.), die die Hauptquelle der Weiterverbreitung des Mißbrauchs sind, nicht nur einer freiwilligen, sondern auch einer zwangsmäßigen Behandlung unterworfen werden können. Gesetzlich ist in einigen Staaten verboten, daß Ärzte Morphinisten Morphium verschreiben, sie müssen diese einem Krankenhaus überweisen. Nicht nur Ärzte und Apotheker, sondern vor allem umherziehende Händler sind für den Mißbrauch von Narkoticis verantwortlich. Für den unberechtigten Verkauf von Narkoticis müßten langdauernde Freiheitsstrafen eingeführt werden. Die Anpflanzung von Mohn sollte durch internationale Regelung beschränkt werden. Heroineinfuhr sei ganz zu verbieten. Für zwangsmäßige Entziehungsksuren seien eigene Anstalten zu errichten. *G. Strassmann* (Berlin).

**Hubbard, S. Dana: Is heroin a necessary drug?** (Ist Heroin ein notwendiges Arzneimittel?) New York state journ. of med. Bd. 24, Nr. 2, S. 61—62. 1924.

Der chronische Mißbrauch von Heroin unter den kriminellen und psychopathischen Persönlichkeiten im Alter von 20—30 Jahren ist in den Vereinigten Staaten stark verbreitet; nur 1% der chronischen Heroinisten ist infolge Krankheit zum Gebrauch des Mittels gelangt. In der amerikanischen Armee und Marine ist der Gebrauch des Heroins verboten. Verf. fordert eine internationale Regelung der Bekämpfung des nach seiner Ansicht überflüssigen Heroins, dessen Herstellung, Import und Export in allen Ländern verboten werden sollte. *G. Strassmann* (Berlin).

**Verletzungen. Gewaltamer Tod aus physikalischer Ursache.**

**Munck, Willy: Zwei Todesfälle beim Boxen.** (*Gerichtsärzl. Inst., Kopenhagen.*) Ugeskrift f. laeger Jg. 85, Nr. 48, S. 848—850. 1923. (Dänisch.)

In beiden selbstbeobachteten Fällen erfolgte der Tod nach Kopfschlägen, die zum Fallen des Betroffenen führten, wobei nicht ganz sicher festgestellt werden konnte, ob ein weiteres Trauma durch Stoß an der Bretterkante der Bühne stattgefunden hatte. Die Autopsie erwies als Todesursache ein einseitiges bzw. doppelseitiges subdurales Hämatom, das seinen Ausgangspunkt wahrscheinlich von den Piavenen genommen hatte. 2 in der deutschen Literatur angegebene Fälle von Kohlrausch (vgl. diese Ztschr. 1, 122 u. 481) verhielten sich fast gleich den beschriebenen. Das subdurale Hämatom mit tödlichem Ausgang nach Kopfstößen, besonders solchen gegen den Unterkiefer, scheint eine typische Verletzung des Boxkampfs darzustellen. Allerdings muß man bei der außergewöhnlichen Häufigkeit unschädlicher Kieferstöße annehmen, daß eine gewisse Bereitschaft zur Schädigung erst geschaffen wird, wenn die Boxer, um in die unterste Gewichtsklasse zu kommen, sich kasteien. *H. Scholz.*

**Horváth, Béla von: Die Stauungspapille nach Quetschung des Augapfels.** (*Augenklin. Nr. II, Univ. Budapest.*) Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 71, Nov.-Dez.-H., S. 698—701. 1923.

Unter Hinweis auf die ältere Literatur führt Horváth eine eigene Beobachtung an. Ein Knabe erhielt einen stumpfen Schlag gegen das linke Auge und erblindet. Befund: Etwas Blut in der vorderen Kammer, Stauungspapille und leichtes Ödem der umgebenden Netzhaut. Spannung des Bulbus herabgesetzt auf 5 mm (rechts 18 mm). Sehvermögen auf Erkennen von Handbewegungen gesunken. Gesichtsfeld konzentrisch eingeengt. Nach 2 Tagen hebt sich die Spannung des linken Auges auf 18 mm. Im Laufe eines Monats geht die Schwellung der Papille auf 1 Dioptrie zurück, S. schließlich  $\frac{5}{10}$ .

Die Erklärung für das Auftreten der Stauungspapille gibt nach Ansicht Horváths die mechanische Theorie, derzufolge die Druckverminderung des Bulbus, nicht entzündliche Vorgänge maßgebend sind. *F. Jendralski* (Gleiwitz).

**Rosnoble: Brûlures oculaires par projection des métaux en fusion. Leur pronostic bénin.** (Die Augenverbrennungen durch flüssige Metalle. Ihre günstige Prognostik.) Journ. de méd. de Lyon Jg. 50, Nr. 101, S. 177—180. 1924.

Die Folgen von Verbrennungen des Auges durch flüssigheiße Metalle sind verschieden insofern, als Metalle von hohem Schmelzpunkt, z. B. Silber, Kupfer, Eisen, meist sehr schwere Gewebsschädigungen an den Lidern (Symblepharon), der Hornhaut (Leukom, Perforation, Staphylom) und an der Sclera verursachen. Dagegen sind die Schädigungen, die Metalle von niedrigem Schmelzpunkte setzen, wenn sie in flüssigheißen Zustande gegen die Augen spritzen, auffallend gering. Das erstarrte Metall liegt oft wie eine Schale dem vorderen Bulbusabschnitt auf und läßt sich leicht entfernen. Die Verletzungen besonders der Hornhaut sind nur oberflächliche und hinterlassen nur geringe Narben. Erklärung: Hinweis auf den Leidenfrostschen Versuch (Wassertropfen auf glühender Metallschale). Auch das in den Conjunctivalsack gelangte flüssigheiße Metallteilchen (von niederm Schmelzpunkte) erzeugt einen einhüllenden und isolierenden Dampfmantel, der sich bei Metallteilchen hohen Schmelzpunktes infolge der unregelmäßigen Gestalt des schon bei viel höherer Temperatur erstarrenden Metalls nicht bilden kann. *F. Jendralski* (Gleiwitz).

**Börnstein, Walter: Der Abbau der Hörfunktion bei corticalen Verletzungen.** (*Neurol. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) (13. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Nervenärzte, Danzig, Sitzg. v. 12.—16. IX. 1923.) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 81, H. 1/4, S. 216—220. 1924.

Verf. hat 6 Kriegs-Hirnverletzte untersucht; bei dreien mit Verletzung der Hörbahnen ließ sich eine Gesetzmäßigkeit in der Art der Störungen nicht klar herausschälen; bei den andern dreien ergab sich folgendes: 1. Bei Verletzung eines oder beider Hörzentren bekommt man, gleichgültig, welcher Abschnitt der Rinde gestört ist, nicht Taubheit für einzelne Töne, sondern Herabsetzung der Hörfähigkeit in dem Sinne, daß die normalerweise besten Funktionen von der Schädigung am wenigsten ergriffen

werden, während diejenigen Leistungen, deren Schwellen am höchsten liegen, die schwerste Einbuße erleiden. 2. Es gibt in der Hirnrinde des Menschen keine Zentren für die Töne. 3. Es bestätigte sich das von Goldstein aufgestellte Gesetz, daß bei umschriebenen Defekt in der Hirnrinde „ein Teil eines früheren Apparates die Funktion des ganzen übernimmt“, wobei es zu einem Herabsinken der gesamten Leistung auf ein tieferes Niveau kommt.

Georg Claus (Berlin).○

**Tanaka, Yoshio: Über die klinische Bedeutung anatomischer Variationen der Lumbosakralwirbelgegend.** Aichi journ. of exp. med. Bd. 1, Nr. 1, S. 49—60. 1923.

Der Autor fand unter 73 Fällen mit Lumbago, Ischias oder ähnlichen Beschwerden 60, bei denen das Röntgenbild Anomalien der Lumbosakralwirbel aufwies. Von diesen sind seitliche Höhendifferenz des 5. Lendenwirbelkörpers, unilaterale 5. Lendenrippe, Fraktur des Proc. art. sup. des 5. Lendenwirbels, lumbosakraler Übergangswirbel, bruchförmige Spalte des 1. Sakralwirbelbogens, Spina bifida occulta, Asymmetrie des Proc. transv. des 5. Lendenwirbels, hakenförmiger und mit dem Darmbein oder Kreuzbein verwachsener Querfortsatz als absolute Ursachen der Beschwerden zu betrachten, während die Randwülste des Lendenwirbelkörpers, Dehiscenz des obersten Sakralwirbels, bruchförmige Spalte des Proc. spin. des 1. Sakralwirbels, Schiefstellung desselben, mediane kleine Öffnung des Sakralwirbels, lineare Spalte des 1. Sakralwirbelbogens, abnorme Länge des Proc. transv. des 5. Lendenwirbels, Verwachsung des zu langen oder zu dicken Querfortsatzes mit dem Darmbein, als Teilursachen in Betracht kommen. Eine Reihe von sonstigen Anomalien sind überhaupt als ohne Zusammenhang mit den Beschwerden zu betrachten. Bemerkenswert ist, daß unter 5 Fällen von Spina bifida occulta 3 Blasenstörungen hatten. Im ganzen, meint der Autor, spielen die genannten Anomalien als Ursache der erwähnten Beschwerden eine größere Rolle, als man früher angenommen hat.

Erwin Wexberg (Wien).○

**Gutzeit, R.: Bruch des Brustbeins durch Muskelzug.** (Johanniter-Kreiskrankenh., Neidenburg, Ostpr.) Münch. med. Wochenschr. Jg. 71, Nr. 7, S. 208. 1924.

Querer Bruch an der Grenze von Handgriff und Körper des Brustbeins, entstanden bei einer Turnübung am Barren (Kippe).

Giese (Jena).

**Bianchini, Giuseppe: Intorno alla valutazione medico-legale in un caso di morte per embolia grassosa polmonare.** (Gerichtlich-medizinische Beurteilung in einem Fall von Tod durch Fettembolie der Lungen.) (Istit. di med. leg., univ., Siena.) Atti d. r. accad. dei fisiocrit in Siena Bd. 14, Nr. 1/3, S. 33—38. 1922.

Ein 55 jähriger Mann wird im Streit mit einem Stock so geschlagen, daß er einen Bruch des rechten Radius und der linken Tibia erleidet. Hilflos zurückgelassen wird er später auf schlechtem Weg ins Krankenhaus in bewußtlosem Zustand transportiert und stirbt dort nach 2 Tagen. Außer den Knochenbrüchen mit Blutungen im Knochenmark, Hautabschürfungen am linken Bein, Lungenödem und Emphysem findet sich mikroskopisch hochgradigste Fettembolie der Lungen, die die Todesursache war. Die Ausdehnung der Fettembolie wurde begünstigt durch das Alter des Verletzten, durch seine Lage — er machte wahrscheinlich selbst Bewegungen mit den gebrochenen Gliedern, da er mitten auf der Straße zurückgelassen worden war — und den Transport auf schlechtem Weg. Rechtzeitige Hilfe hätte nach der Meinung von B. den Verletzten vielleicht retten können.

G. Strassmann (Berlin).○

**Lutz-Billeter: Hüftgelenksluxation.** Schweiz. Zeitschr. f. Unfallkunde Jg. 18, Nr. 2, S. 30—32. 1924.

Ein 29 jähriger Bureauangestellter einer Maschinenfabrik half beim Dreschen und fiel dabei mit einer Garbe unter dem Arm über einen Garbenhaufen so ungeschickt zu Boden, daß er nicht wieder aufstehen konnte. Der herbeigerufene Arzt fand die 3 klassischen Zeichen der Hüftgelenksluxation, Adduction, Innenrotation und Flexion, jede aktive Bewegung war unmöglich. Die Reposition gelang ohne Narkose ohne große Schwierigkeiten. Nach 2 Tagen stand der Verunglückte auf, reiste nach Hause und ging vom Bahnhof ohne jede Unterstützung in seine entfernt liegende Wohnung. Nachuntersuchung nach 8 Tagen ergab keinen Befund und nicht die geringste Funktionsstörung. Verf. glaubt nicht recht an eine erstmalige, komplettete Hüftgelenksluxation, da diese gewöhnlich mit recht starken Schmerzen verbunden ist, die Einrenkung

Narkose nötig macht und die Heilung mehrere Wochen dauert. Eine Umfrage bei anderen Ärzten ergab, daß solche mit großer Erfahrung die Zweifel des Verf. teilten, einige aber, die sich seit Jahren mit Unfallerkrankungen beschäftigten, mitteilten, daß sie ganz ähnliche Fälle gesehen hätten. Die Mitteilung soll andere Ärzte veranlassen, zur Klärung der Frage ihre Erfahrungen mitzuteilen. *Ziemke* (Kiel).

**Cook, Robert Jay: The results of treatment following compound fractures occurring in civil life.** (Die Erfolge der Behandlung der komplizierten Knochenbrüche [Friedensverletzungen].) *Journ. of bone a. joint surg.* Bd. 6, Nr. 1, S. 95—132. 1924.

116 komplizierte Knochenbrüche aus den Jahren 1913—1923. Davon wurden 1. 68 = 58,6% primär aseptisch versorgt, von denen bei 31 nur Durchspießung der Haut, bei 37 große Weichteilzerreibung bestand. Die Brüche durch indirekte Gewalt heilten schneller als die durch direkte, die mit kleiner Hautwunde in  $\frac{9}{10}$  der Zeit von der mit größer. Bei 20 Fällen lag der Knochen bei der Einlieferung frei. 46 Brüche wurden sofort eingerichtet, 22 sekundär, 11 blutig, 9 unblutig. Verwendung von Draht- oder Platten naht bei noch offener Wunde bedingte 6 mal so lange Heilungsdauer als ohne Einführung von Fremdkörpern. 16 Fälle mußten im weiteren Verlauf noch drainiert werden, 5 erforderten Erweiterung der Wunde, 2 Sequestrotomie, 4 wurden nach Carrel-Dakin nachbehandelt. 3 Absetzungen (1 wegen Weichteilzerreibung, 2 wegen Osteomyelitis). Durchschnittliche Heilungsdauer der glatt geheilten Fälle 62 Tage. Zahl der Todesfälle 9 = 13%. 2. Primär drainierte Fälle 9; davon 3 mit Durchspießung der Haut, 6 mit ausgedehnter Weichteilzerreibung. Bei 3 nachträglich noch weitere Drainage, 1 Absetzung wegen Gasbrand, 4 Sequestrotomien. Durchschnittliche Heilungsdauer 117 Tage. Knocherne Heilungen 5, schlechte Heilung 1, Pseudarthrose 1. 1 + am Einlieferungstage. 3. Nach Carrel - Dakin von vornherein behandelt 8 Fälle nach primärer Wundreinigung mit Entfernung der Knochensplitter. Bei 7 lag bei der Aufnahme der Knochen weit frei. Geheilt 7, 1 +. 1 mal nachträgliche Erweiterung der Wunde, 2 Sequestrotomien, 1 Absetzung wegen Blutung bei gleichzeitiger Gasbrandinfektion. Einrichtung des Bruches sofort bei 5, bei je 1 am 2., 4. und 11. Tag. 4 von den 8 Fällen erforderten nachträglich operative Einrichtung. 2 waren bei der Entlassung nach 65 Tagen ungeheilt, bei 4 betrug die durchschnittliche Heilungsdauer 130 Tage. 4. Operative Versorgung mit sofortiger Weichteilnaht: 26 Fälle; durch indirekte Gewalt entstanden 23, durch direkte 3. Die Bruchstücke lagen bei 6 Fällen frei. Entfernung von Knochensplittern bei 4, von Fremdkörpern bei 4; von ersteren bei 2 Heilung in 16 und 20 Tagen, bei 1 Dakinbehandlung, Dauer 117 Tage; 1 + an Gasbrand. 21 primär eingerichtet, davon 13 geheilt in durchschnittlich 35 Tagen; 13 vorzeitig ungeheilt entlassen; 5 mußten nachträglich noch drainiert werden und heilten. Von den 5 anderen, nicht eingerichteten: 1 + am 2. Tag, 1 Absetzung wegen Gasbrand, 1 noch mehrfach operiert, 1 genäht nach 22 Tagen, 1 nach primärer Heilung mit Platten behandelt und infolge Infektion erst nach 94 Tagen geheilt. 5. Primäre Gliedabsetzungen 5, davon in Gruppe 1: 3, bei 2—4 je 1. Todesfälle bei Gruppe 1: 9, davon 4 am 1. und 2. Tage an den Verletzungsfolgen, 1 an Pneumonie, 1 in tabula bei Absetzung wegen Gasbrand, 2 an Sepsis, 1 an Del. trem. am 78. Tage; bei 2: 1 am 1. Tag; bei 3: 1 am 2. Tag; bei 4: 2 (1 Thrombose, 1 Infektion mit Streptokokken und Gasbrand). Die kürzeste Behandlungsdauer betrug bei primärer Wundversorgung und -naht 22 Tage; bei primärem keimfreien Verband durchschnittlich 62 Tage, nach Drainage ohne nachfolgende Operation 117 Tage, und bei Behandlung nach Carrel-Dakin 130 Tage. Auszüge aus den 116 Krankheitsgeschichten. *Gümbel* (Berlin).

**Redaelli, Mario: Di due rari reperti necroscopiei da trauma.** (Über zwei seltene Sektionsbefunde nach Trauma.) *Osp. magg. (Milano)* Jg. 11, Nr. 12, S. 329—336. 1923.

1. Traumatische Ruptur einer großen Echinokokkusblase der Leber bei einem 29jähr. Mann durch Fall auf die linke Lendengegend mit schwerster endocystischer Blutung und Tod an akuter Verblutung. 2. Nieren- und Nierenbeckenruptur mit Thrombose des Gefäßbündels durch den Luftdruck einer Bombenexplosion mit späterer Niereninsuffizienz auf der anderen Seite und Tod an Urämie. Zur Klinik des Falles ist bemerkenswert, daß im Urin nie Blut gefunden wurde, da das vollständig zerrissene Becken anscheinend den Weg für den blutigen Urin nach der Blase verlegt hatte. *Ziegllwallner* (München).

**Man, W.: Zur Perforation des Darms nach einem Trauma des Abdomens ohne jegliche sichtbare Verletzungen der Bauchdecken, als kasuistischer Fall zur Bestimmung der Schwere des angefügten Schadens.** (Zentral-Eisenbahnkrankenh., Nischny-Nowgorod.) *Wratschebnaja Gaseta* Jg. 27, Nr. 23, S. 495. 1923. (Russisch.)

Autor führt einen Fall an, bei welchem erst nach Verlauf von 16 Tagen nach einem Trauma des Abdomens sich eine Peritonitis entwickelte und bei der Operation eine frische Perforation des Dünndarms sich erwies, welche durch ein Ulcus rotundum mit gangränösen Rändern, das auf einer dem Mesenterium entgegengesetzten Seite der Darmoberfläche saß, hervorgerufen worden war. *V. Ackermann* (St. Petersburg).

**Polettini, Bruno: Sui rapporti fra tubercolosi e lesioni locali. Ricerche sperimental. (Über die Beziehungen zwischen Tuberkulose und lokalen Schädigungen. Experimentelle Untersuchungen.) (Istit. di patol. gen., univ., Pisa.) Arch. ital. di chirurg. Bd. 8, H. 4, S. 429—440. 1923.**

Auf Grund zahlreicher Versuche an Meerschweinchen und Kaninchen, die in verschiedener Weise ausgeführt wurden, kommt Polettini zu dem Schluß, daß es auf experimentellem Wege gelingt, durch lokale Gewebschädigung einen metastatisch tuberkulösen Prozeß hervorzurufen, wobei eine Prädisposition der Lunge besteht. Nicht alle Schädigungen führen mit gleicher Frequenz zu einer solchen umschriebenen Lokalisation. *Th. Naegeli.*

**Săveseu, V.: Das Trauma und das Osteosarkom.** Spitalul Jg. 43, Nr. 12, S. 343 bis 345. 1923. (Rumänisch.)

Fall 1: Ein 36jähr. Mann bemerkte vor 1 Jahr eine leichte Schwellung oberhalb des rechten Knies. Es wurde die Diagnose auf Osteoperiostitis luetica gestellt; antisiphilitische Behandlung; der Tumor bleibt in gleicher Größe bestehen. Vor 3 Monaten bei einem Bahnunfall Fraktur des Femur an dieser Stelle. Extensions- und Gipsverband 46 Tage lang. Nach Abnahme des Gipsverbandes zeigt sich, daß die Extremität enorm geschwollen ist; ein Röntgenbild nach einiger Zeit, in welcher die Schwellung noch zugenommen hat, zeigt ein Osteosarkom. Amputatio femoris. Heilung. 9 Monate später Exitus infolge Lungenmetastasen. Es ist wohl sicher anzunehmen, daß die vermeintliche „Periostitis luetica“ bereits der Beginn der sarkomatösen Veränderung war. Das Trauma hat die Entwicklung beschleunigt. Fall 2: Ein 32jähr. Mann hat sich vor 7 Monaten eine Radiusfraktur durch Fall zugezogen. Gute Heilung nach 20 Tagen Gipsverband. 4 Monate nach diesem Unfall bemerkte Pat. eine zunehmende Schwellung an der Frakturstelle. Das Röntgenbild zeigt einen Knochentumor, wahrscheinlich Sarkom. Resektion. Histologische Diagnose: Fusicelluläres Sarkom. In diesem Fall scheint der Tumor wirklich Folge des Unfalls zu sein, ohne daß vorher irgendwelche Veränderung bestanden hat.

*K. Wohlgemuth (Chișinău).*

**Grön, Fredrik: Heftige Lichtdermatitis bei minimaler Einwirkung von Sonnenlicht.** Acta dermato-venereol. Bd. 4, Nr. 1, S. 53—58. 1923.

Patient nahm während des Monates August an 2 aufeinanderfolgenden Tagen bei klarem Wetter und Sonnenschein ein Seebad, wobei er sich jedesmal 4—5 Min. den Sonnenstrahlen aussetzte. Schon ca. 2 St. nach dem 2. Bade heftiges Jucken am Körper und starke Rötung. Nach 4 St. starke diffuse Rötung des ganzen Rumpfes, in den Seitenpartien deutlich ödematos. Die Erscheinungen nahmen in den nächsten Stunden noch zu, um nach 2 Tagen ganz abzuklingen.

Die Krankengeschichte beansprucht in mehrfacher Hinsicht Interesse. 1. trat nach so kurzer Expositionszeit von 5 Minuten ein so heftiges Erythem auf, 2. ist das heftige Jucken, das das ganze Krankheitsbild beherrschte, etwas außergewöhnlich, und 3. verschwand das Erythem ohne Hinterlassung irgendwelcher Pigmentierung. Über die Ursache der besonderen Lichtempfindlichkeit im vorliegenden Falle kann nichts Sichereres gesagt werden, jedenfalls aber sind im Blute des Patienten besondere lichtsensibilisierende Stoffe vorhanden gewesen. Verf. weist auf die Möglichkeit hin, daß die bei dem Patienten bestehende starke Urarthritis, etwa mit starker Urikämie, als Sensibilisator des Blutes für Licht dienen könnte. *Bergmann (Weimar).*

**Riehl, G.: Die Spuren des elektrischen Starkstromes in der Haut.** Münch. med. Wochenschr. Jg. 70, Nr. 34/35, S. 1119—1120. 1923.

Die Eigenartigkeit der Verletzung durch elektrischen Starkstrom berechtigt ihre Abtrennung von der Verbrennung. Während die Schädigung des Allgemeinorganismus bei der Verbrennung von der Ausbreitung abhängt, kann der elektrische Starkstrom bei minimalsten Hauterscheinungen tödlich wirken. Eine Einteilung der elektrischen Hautschädigungen, wie bei den Hitzeverbrennungen, ist unmöglich; denn rein elektrische Wirkung ruft niemals Hyperämie und Exsudation hervor. Ebenso tritt bei reinen Strommarken niemals Hyperämie und Blasenbildung ein. Allerdings wird das klinische Bild einer Starkstromverletzung sehr oft dadurch verwischt, daß es sich um

Kombinationen von Strom- und Flammenwirkungen handelt. Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal liegt im Erhaltenbleiben der Haare und dem Fehlen des Schmerzsymptoms bei elektrischen Verletzungen. Die Variabilität der reinen Strommarken ist verschieden, je nach Stromstärke und Spannung, Dauer und Ausdehnung der Einwirkung. So kann man Bilder von ganz oberflächlichen, erosionsähnlichen, tief nekrotischen und schußähnlichen Strommarken unterscheiden. Neben dieser klinischen Differenz lassen sich auch histologische Eigenheiten feststellen. Für das Zustandekommen der Strommarke und ihrer histologischen Veränderung wird vor allem die Joulesche Wärme beschuldigt. Diese klinischen und histologischen Befunde sprechen für eine Abtrennung der rein elektrischen Verletzungen von den Verbrennungen gewöhnlicher Art.

L. Arzt (Wien).,

**Neureiter, F.: Der Elektrounfall.** (*Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Riga.*) Latvijas arstu žurnala Dezember-Heft 1923. (Lettisch.)

Ausgehend von der relativen Häufigkeit elektrischer Unfälle in Lettland versucht der Verf. in Form eines kurzen Vortrages das Wesen und die Erscheinungen eines solchen Unfallereignisses zu beleuchten. Er bespricht dabei zunächst die Faktoren, von denen die Wirkung des elektrischen Stromes auf den menschlichen Körper abhängt, Faktoren, die einerseits durch die Stromspannung, den Widerstand der Haut, die Dauer der Stromeinwirkung, die Stromrichtung und andererseits durch die physische und psychische Verfassung des Verunfallten zur Zeit des Stromübertrittes gegeben sind. Sodann geht er auf den Streit über den Mechanismus des elektrischen Todes (Jellinek und Borutta u. a.) ein, wobei er für die Richtigkeit der Jellinikschen Lehre vom „elektrischen Scheintode“ eintritt und ihre theoretische und praktische Bedeutung besonders für die Rettungsfrage elektrisch Verunglückter dargelegt. Ein weiterer Abschnitt ist den Spuren der Elektrizität an der Oberfläche des menschlichen Körpers und ihren Schädigungen im Inneren (Zentralnervensystem, Sinnesorgane, Psyche usw.) gewidmet. Den Abschluß bildet die Anregung, eine Zentralstelle zur Registrierung, ärztlichen Behandlung und wissenschaftlichen Erforschung sämtlicher Elektrounfälle Lettlands als eigene Abteilung am gerichtlich-medizinischen Institute der Universität in Riga zu gründen.

Autoreferat.

**Bianchini, Giuseppe:** *Su di alcune particolari valutazioni medico-legali in tema di ferite d'arma da fuoco. — Nota di casistica.* (Über einige besondere gerichtlich-medizinische Begutachtungen beim Thema: Verletzungen durch Handfeuerwaffen. Kasuistische Mitteilung.) (*Istit. di med. leg., univ., Siena.*) Atti d. r. accad. dei fisici in Siena Bd. 14, Nr. 1/3, S. 39—47. 1922.

1. Ein junger Mann wird auf offenem Feld mit einer schweren Schädelverletzung aufgefunden, neben der Leiche liegt ein Jagdgewehr mit einem Stück Kopfhaut am Lauf. Die weichen Schädeldecken zeigten am Hinterhauptshöcker ein großes rundes Loch mit zahlreichen Einrissen, von denen einer der Sagittalnaht parallel lief, bis zur Stirn reichte und sich dort von neuem in 3 sternförmige Risse teilte. Die Umgebung der Verletzung am Hinterhaupt war besonders in der Tiefe geschwärzt, enthielt Schrotkörner. Das Knochenloch gleichfalls geschwärzt, der Schädel weithin zersplittert, in der Schädelhöhle waren nur noch Teile der Stirn- und Schläfenlappen vorhanden, der Rest des Gehirns fehlte zum größten Teil: der Schuß mußte mit aufgesetzter Waffe am Hinterhaupt eingedrungen sein, die Schußrichtung war von unten nach oben und etwas nach vorn. Es wurde kein Selbstmord, sondern ein Unglücksfall angenommen. — 2. Ein Arbeiter wird von einem Polizisten durch einen Revolverschuß getötet. Das Geschoß von 10,35 mm wurde in der rechten Brusthöhle gefunden. Der Schuß war 3 cm über der linken Brustwarze eingedrungen, hatte Herzbeutel, linken Vorhof und Kammer durchbohrt, um in der rechten Brusthöhle zu endigen. — 3. Ein 9jähriger Knabe wird beim Spielen von seinem Gefährten mit einem 6,35 mm Browning erschossen. Der Einschuß sitzt an der rechten Augenbraue, der Schuß durchsetzt das Dach der Augenhöhle, den rechten Stirnlappen und endigt im rechten Hinterhauptslappen, in dessen oberem Teil. Dementsprechend zeigte das Scheitelbein eine Verletzung der Tabula interna und externa. Dort fand sich aber kein Geschoß, vielmehr lag dieses quergerichtet im äußeren Winkel der rechten Augenhöhlenwand, mußte also vom Scheitelbein dorthin zurückgeschleudert worden sein.

G. Strassmann (Berlin).

### Vergiftungen.

**Bruhns, C.: Seltene Salvarsanschädigungen: I. Encephalitis haemorrhagica beim Säugling. II. Ungewöhnliche Melanose und Salvarsanlichen mit Atrophie.** (Städt. Krankenh., Charlottenburg.) Med. Klinik Jg. 20, Nr. 10, S. 305—308. 1924.

Ein 3 Monate alter kongenital-luetischer Säugling bekam nach einer Gesamtdosis von 0,36 Neosalvarsan Krampfanfälle, denen er nach 2 Tagen erlag. Bei der Obduktion fanden sich im Gehirn, besonders in den Thalamus optici und dem 1. Linsenkern, punktförmige Blutungen, wie sie bei der Encephalitis haemorrh. nach Salvarsan bekannt sind. Luetische Veränderungen an den Hirnarterien waren nicht nachzuweisen, so daß der Fall als Salvarsan-Hirn purpura aufzufassen ist. — Verf. beschreibt ferner ausführlich 2 Fälle von Salvarsan-dermatitis mit folgender Melanose der Haut, von denen einer ad exitum kam, während sich bei dem anderen ein Lichen ruber-artiges Exanthem ausbildete. *Max Jessner* (Breslau).

**Patta, Aldo: Studi farmacologici e tossicologici intorno agli Arsenobenzoli. Nota I. Tossicità comparata di diversi Arsenobenzoli del tipo „914“.** (Pharmakologische und toxikologische Studien über Arsenobenzole.) (Istit. farmacol., univ., Pavia.) Biochim. e terap. speriment. Jg. 10, H. 10, S. 350—375. 1923.

Intravenöse Injektion 10 proz. Lösungen. Versuchstiere Kaninchen. Zu jedem der 4 Präparate — Neosalvarsan (Höchst), Novarsenobenzol Billon, Neojacol, Istituto Siero-terap. Milano, Neo (Chemother. Institut Florenz) — etwa 30 Tierexperimente. 0,3 Novarsenobenzol überleben 90% der Tiere, 0,3 Neosalvarsan nur 45%, 0,25 NeoS wird fast von allen vertragen. Nach 0,2 Neojacol sterben alle Tiere, 0,16 überleben 50%; 0,25—0,22 Neo ist für alle Tiere tödlich. Nach 0,16 Neo überleben alle Tiere. Die angegebenen Dosen gelten pro kg Körpergewicht. Contardi und Cazzani haben die Arsenobenzole in 2 Gruppen eingeteilt: 1. nur 1 Aminogruppe besetzt (Typ 914, Ehrlich), 2. beide Aminogruppen mit Methansulfinsäure besetzt (Typ Sulfarsenol), dazu 2 Gruppen, von denen bei der einen die 2. Aminogruppe besonders labil ist, mehr als bei 1, bei der anderen die 2. Aminogruppe besonders stabil ist, mehr als bei 2. Die von ihnen angegebenen Reaktionen werden nachgeprüft: Neosalvarsan labil, Novarsenobenzol stabil, Neojacol sehr labil, Neo sehr stabil. Die Behauptung von Contardi und Cazzani, daß mit der Labilität die Toxizität zunimmt, stimmt nicht; nur Neojacol steht an entsprechender Stelle. Auch die Annahme Castellis, daß Luftunbeständigkeit der Giftigkeit parallel geht, ist nicht mit den toxikologischen Versuchen in Übereinstimmung zu bringen. Seine Behauptung, daß ebenso sich die therapeutische Wirksamkeit verhalte, ist nirgends belegt. *Renner* (Altona).<sub>o</sub>

**Werthern, Anne Marie v.: Ein Beitrag zur Frage der Salvarsanschäden.** (Krankenh., Lankwitz.) Klin. Wochenschr. Jg. 3, Nr. 15, S. 627—628. 1924.

Bei einem Patienten mit multipler Sklerose wurde 2 Stunden nach der 10. Silbersalvarsan-Injektion (0,25) der Unterarm, in dessen Cubitalvene das Salvarsan ohne Störung injiziert war, von der Ellenbeuge abwärts weißbläulich und kalt. Der Radialpuls war nicht zu fühlen, die linke Hand völlig gelähmt, die Sensibilität aufgehoben. Als sich der Zustand nicht besserte: Operation (Freilegung der Ellenbeuge, kein Thrombus in Arterie oder Vene, kein paravénöses Infiltrat; Sympathektomie an der Arteria cubitalis). Darnach vorübergehend Radialpuls fühlbar. Trotzdem in den nächsten Tagen Gangrän der Hand. Amputation des Unterarms. Glatter Heilverlauf.

Unter Hinweis auf Rickers und Knapes Untersuchungen über den Einfluß von Salvarsan auf die Gefäßnerven wird eine starke Reizung der Constrictoren der Arterie angenommen, die sich infolge des mangelhaften Funktionierens des Vasomotorenzentrums nicht wieder ausgleich. Außerdem muß wohl „irgendeine besondere Disposition oder Labilität, die sich dem Nachweis entzieht“, vorgelegen haben. *Max Jessner* (Breslau).

**Rowell, Hugh Grant: The surgical importance of iodine idiosyncrasy and poisoning.** (Die chirurgische Bedeutung von Jodidiosynkrasie und Vergiftung.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 36, Nr. 2, S. 219—226. 1923.

Schockartig 12 Stunden post operationem beginnende, mit Purpura einhergehende, tödlich verlaufende Jodvergiftung im Anschluß an mehrfache Joddesinfektion des Operationsfeldes und der -wunde. *Hans Biberstein* (Breslau).<sub>o</sub>

**Hansen, Skov: Vergiftung nach 0,75 g Ac. acetyl-o-salicyl.** Ugeskrift f. laeger Jg. 86, Nr. 12, S. 249—250. 1924. (Dänisch.)

Ein 45jähriger Mann nahm 2 Pulver zu 0,75 g Ac. acetylosalicyl, das erste am Abend ohne Nachteile, das zweite am folgenden Morgen; 10 Minuten nachher bekam er ein urticarielles Exanthem, das sich schnell über den ganzen Körper entwickelte und  $1\frac{1}{4}$  Stunde anhielt. Dann traten Blutandrang zum Kopfe, Unruhe und starke Exzitation auf, so daß er festgehalten werden mußte. Schließlich wurde er cyanotisch, unklar, dyspnoisch, hatte eine

reichliche dünne Stuhlentleerung. Der Puls war 25 Minuten nach Beginn des Komplexes unfühlbar, im übrigen waren die Erscheinungen ziemlich geschwunden. Durch eine Suprarenin-injektion wurde auch die Herzschwäche behoben. Der Kranke hatte schon früher beim Gebrauch von „Kopfschmerzenpulvern“ Nesselfieber gehabt. Daß nicht schon die 1. Gabe zu bedrohlichen Erscheinungen geführt hatte, wird durch Einnahme in den vollen Magen erklärt, während am Morgen der Magen fast leer war. Das Pulver hatte bei zahlreichen andern Leuten keine Nebenerscheinungen hervorgerufen.

H. Scholz (Königsberg).

**Grassmann: Schwere Atropinvergiftung aus seltener Veranlassung.** Münch. med. Wochenschr. Jg. 71, Nr. 15, S. 475. 1924.

57jähriger Asthmatiker nahm aus Versehen einen Teelöffel eines Asthma-Räucher-pulvers (Zematone), das Bestandteile von Stramonium, Hyoscyamus, Belladonna enthält, und erkrankte nach 1 Stunde mit einem deliranten Erregungszustand, Verwirrtheit, großer Unruhe, Pupillenerweiterung, Muskelkrämpfen dem Bild einer schweren Atropinvergiftung. Nach Magenspülung und Excitanten Besserung des Zustandes. Für die Vorgänge bestand später Amnesie. Das Asthmapulver war mit dem ärztlich verordneten Brustpulver verwechselt worden. Asthmapulver sollten daher nur in deutlich erkennbarer Form verkauft werden.

G. Strassmann (Berlin).

**Leibholz: Ein Fall von Colchicin-Vergiftung und einige Bemerkungen über Gicht-behandlung.** Med. Klinik Jg. 19, Nr. 51/52, S. 1669—1670. 1923.

Ein 51jähriger Mann hatte entgegen ausdrücklicher ärztlicher Anordnung vom verschriebenen Colchicin. Comprtt. 0,001 O. P. I. S. innerhalb  $\frac{3}{4}$  Stunden 50 Tabletten genommen. Es kam zu Diarröen, Erbrechen, Kollaps mit kleinem, jagendem Puls, so daß der zugezogene Arzt nach Vornahme einer Magenspülung und Verabreichung von Coffein seine Aufnahme im Krankenhaus veranlaßte. Neben Magen-Darmerscheinungen war das Herz stark ergriffen, die Herzdämpfung nach links hin verbreitert, der Puls unregelmäßig, aussetzend, leicht unterdrückbar, Blutdruck stark herabgesetzt. Eiweiß  $1\frac{1}{4}\%$  Esbach, massenhaft hyaline und granulierte Zylinder. Die sonst beobachtete Wirkung auf das Zentralnervensystem war in diesem Falle nicht vorhanden. Im akuten Stadium bestand die Therapie in Analeptics, Verodyn, Coffein, Campher, Strychnin. nitr. subcutan und Tierkohle. Nach 3 Monaten geheilt entlassen. Auch das vollkommen ausgefallene Haupthaar hatte sich wieder in alter Stärke ersetzt. Marx (Prag).

**Pick, Erwin: Zur Kenntnis der Chininidiosynkrasie.** (Dtsch. Dermatol. Klin., Prag.) Dermatol. Wochenschr. Bd. 78, Nr. 6, S. 157—162. 1924.

Mitteilung eines Falles, in welchem es nach externer Anwendung von Chininsalbe zu einer ekzematiformen Dermatitis an der Applikationsstelle sowie zum Auftreten zahlreicher urticarieller Herde am Stomme und den Extremitäten kam; auf diesen erythematös-urticariellen Herden lokalisierten sich Gruppen von folliculären Knötchen und Bläschen, entsprechend einem Ecema papulatum et vesiculosum. Die funktionelle Hautprüfung deckte eine spezifische Idiosynkrasie gegen Chinin auf. Nach 0,3 Chinin per os kam es zum Auflammen sämtlicher, in Abheilung begriffener Dermatitisherde (auch der experimentell mit Chinin erzeugten) im Sinne einer Herdreaktion. Passive Übertragung der Idiosynkrasie mit dem Patientenserum nicht gelungen.

Verf. erörtert hierauf die Frage nach dem Sitze der Idiosynkrasie und kommt zu dem Schluß, daß dieselbe nicht humorale, sondern cellulär bedingt und im vorliegenden Falle an das Hautorgan gebunden gewesen sei. Bezuglich des Gewebelementes, an welchem die idiosynkratische Reaktion zum Ablauf gelangt, wird die Ansicht vertreten, daß neben rein epithelialer Genese auch die Möglichkeit einer primären Schädigung des Gefäßnervenapparates in Betracht gezogen werden müsse, wofür im Falle des Verf. die urticariellen Efflorescenzen sprechen. Erwin Pick (Prag).<sup>o</sup>

**Ehrmann, R., und Artur Jacoby: Hämorrhagien, besonders in Lungen und Gehirn, nach Insulinbehandlung.** (Städt. Krankenh., Berlin-Neukölln.) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 50, Nr. 5, S. 138—139. 1924.

Es werden 2 Sektionsbefunde mitgeteilt, Exitus an Coma diabeticum, mit hohen Insulindosen behandelt.

Im ersten Fall 100 Einheiten innerhalb  $6\frac{1}{2}$  Stunden, davon 55 (erste Dosis) intravenös, im zweiten 170 Einheiten innerhalb 10 Stunden. Beide zeigten bei der Autopsie neben parenchymatöser Nephritis starke Hyperämie der Lungen mit parenchymatösen Blutungen, der erste daneben ausgedehnte subdurale Blutungen, der zweite ekchymotische Blutungen in die Magen- und Trachealschleimhaut. Da im ersten Fall Iletin, im zweiten Insulin-Brand verwendet wurde, kann das Präparat als solches nicht verantwortlich gemacht werden. Die Verf. nehmen an, daß die Blutungen durch das Insulin auf dem Boden einer bereits vorher bestehenden Gefäßschädigung durch die 1- $\beta$ -Oxybuttersäure und Acetessigsäure hervorgerufen wurden.

Otto-Martiensen (Rostock).

**Baumann, Max:** *Scopolamintodesfall.* (*Henriettenstift, Hannover.*) *Zentralbl. f. Chirurg. Jg. 51, Nr. 6, S. 223—224.* 1924.

Pat. erhielt vor der Operation insgesamt 2,6 eg Pantopon und 4 dmg Scopolamin. Tod durch Atemlähmung etwa 7 Stunden nach der Scopolamininjektion. Mit der Anwendung des Scopolamins soll man, besonders bei Frauen, vorsichtig sein. *Kurt Mendel* (Berlin).

**Mayer, Emil:** *The toxic effects following the use of local anesthetics. An analysis of the reports of forty-three deaths submitted to the committee for the study of toxic effects of the local anesthetics of the American medical association, and the recommendations of the committee.* (Die toxischen Wirkungen nach dem Gebrauch von Lokalanästhetica. Eine Analyse der Berichte über 43 Todesfälle, mitgeteilt dem Ausschuß für das Studium der Giftwirkungen der Lokalanästhetica der amerikanischen Ärztegesellschaft und die Vorschläge des Ausschusses.) *Journ. of the Americ. med. assoc.* Bd. 82, Nr. 11, S. 876—885. 1924.

Dem amerikanischen Ärzteausschuß zur Prüfung der Giftigkeit der Lokalanästhetica lagen 43 Todesfälle vor, die im Anschluß an die Verwendung lokaler Betäubungsmittel eintraten. Die Aufgabe des Ausschusses war, die Symptome bei diesen Todesfällen festzustellen, die relative Empfindlichkeit zu prüfen und Regeln zur Vermeidung von Unglücksfällen aufzustellen. Die Zahl der Todesfälle ist bei der großen Häufigkeit der Verwendung der Lokalanästhetica gering. Todesfälle, die durch Lokalanästhetica bedingt sind, treten meist sehr rasch nach deren Verwendung ein, oft noch bevor die Operation begonnen wurde. Die Symptome sind Krämpfe und Atemstillstand wenige Minuten nach Gebrauch des Narkoticums. Pathologische Befunde bis auf allgemeine Hyperämie der Bauchorgane fehlten, nur 2 mal fand sich ein Status lymphaticus. Die chemische Untersuchung der Leber war negativ. Die Todesfälle waren verursacht durch Alypin, Apothesin, Butyn, Cocain, Procain, Stovain, die Mehrzahl durch Cocain, besonders in Kombination mit Adrenalin. 40 Todesfälle waren den Narcoticis ganz oder teilweise zur Last zu legen. Injektionen konzentrierter Cocainlösung, kombiniert mit größeren Mengen Adrenalin, scheinen besonders gefährlich, Procain scheint relativ ungefährlich. Einspritzungen konzentrierter Lösungen von Butyn, Alypin, Apothesin, Stovain und Cocain scheinen ziemlich gleichmäßig gefährlich zu sein. Besonders gefährlich sind Einspritzungen in die Harnröhre. Epileptiker scheinen nicht besonders empfindlich zu sein. Die Rolle des Status lymphaticus ist geringfügig. Der Ausschuß mahnt zur Vorsicht bei Verwendung von Cocainpaste, bei Cocaineinspritzungen in das submucöse und subcutane Gewebe, bei urethralen Injektionen bei Strikturen oder Verletzungen, bei Anwendung der Lokalanästhetica, wenn schwere konstitutionelle Krankheiten vorliegen. Bei Vergiftungsscheinungen wird zu Herzmassage, intrakardialen Einspritzungen von Adrenalin und künstlicher Atmung geraten. Die verwendeten Narkotica sollen genau dosiert, frisch hergestellt und steril sein. Es sollen angewandt werden: Cocainlösungen nicht mehr als 5% für Mund und Pharynx, 10% für die Nase, 5% für das Auge, 20% in Larynx und Bronchien in Gesamtmenge von 1—1,5 g, Procain nicht mehr als 1%, Apothesin 2% bis zu 1,5 g, Butyn 2%. *G. Strassmann* (Berlin).

**Macht, David I.:** *The synergistic toxicity of local and general anesthetics.* (Die synergistische Giftigkeit von Lokalanästheticum und Narkoticum.) (*Pharmacol. laborat., Johns Hopkins univ., Baltimore.*) *Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med.* Bd. 21, Nr. 3, S. 156—157. 1923.

Giftigkeit von Cocain und Alypin wird durch Äthernarkose erheblich gesteigert. Bei Katzen fällt hierbei die tödliche Dosis von 30—40 mg pro Kilogramm auf 15 mg, bei Alypin von 30—24 mg auf 6—7 mg. *Eichholtz* (Freiburg i. Br.).

**Macaggi, Domenico:** *Intossicazione accidentale mortale da cocaina. (Nota sul reperimento chimico dell'alealoide nei tessuti in putrefazione.)* (Födliche zufällige Vergiftung durch Cocain. Bericht über den chemischen Nachweis des Giftes in faulen Geweben.) (*Istit. di med. leg., univ., Genova.*) *Folia med. Jg. 10, Nr. 4, S. 121—125.* 1924.

Ein 32jähr. Mann stirbt, nachdem er bewußtlos aufgefunden worden war, im Krankenhaus, ohne das Bewußtsein wieder erlangt zu haben, unter Cyanose. Er war als alter Cocainist

bekannt, soll abends zuvor eine große Menge Cocain zu sich genommen haben, erst in einen deliranten Zustand, dann in Bewußtlosigkeit verfallen sein. Bei der Sektion fand sich rötlicher Schaum an Nasenlöchern und Mund, Hyperämie der Hirnhäute, des Gehirns, der inneren Organe, die Nasenschleimhaut war gerötet, zum Teil atrophisch, die Magenschleimhaut war leicht gerötet. Es gelang, in der Nasenschleimhaut 7 Tage p. m., im Mageninhalt 9, in der Wand des Magens und Duodenum 11 Tage p. m. Cocain nachzuweisen. Die Untersuchung des Urins war negativ. Die gefundenen weißen krystallinischen, als Cocain zu identifizierenden Massen betragen in der Nasenschleimhaut 0,0021 g, im Mageninhalt 0,0054 g, in der Magendarmwand 0,0062 g.

G. Strassmann (Berlin).

**David, Erich: Über Morphinismus.** Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 89, H. 4/5, S. 613—617. 1924.

Verf. schließt aus dem Darniederliegen des Biotonus im Stadium der Morphiumgewöhnung, der Hemmung im Magendarmkanal und sämtlicher Drüsensekretionen sowie einiger anderer Symptome, daß das Morphin in der Gewöhnungsphase hauptsächlich sympathicotisch wirkt; einige parasympathicotone Symptome wie Pulssverlangsamung und Pupillenverengerung, kommen vor. Im zweiten Stadium der Entziehung findet sich eine Revolution im gesamten vegetativen Nervensystem, gesteigerter Sympathicustonus wechselt mit erhöhtem Parasympathicustonus. Im dritten Stadium der Rekonvaleszenz überwiegt der Parasympathicustonus über den verminderten Sympathicustonus. Dem Schema entsprechend reiht Verf. dem verminderten Biotonus des ersten Stadiums auf der psychischen Seite den Tiefstand der Vitalgefühle, die depressive Stimmung an, im zweiten Stadium findet sich Mischung von Depression und Ideenflucht, es bestehen Ähnlichkeiten mit Basedowpsyche und Angstneurosen, im dritten Stadium Ähnlichkeiten mit der manischen Phase des m. d. Irreseins. Es handelt sich beim Morphinismus um eine exogene Schädigung in den den Stoffwechsel regulierenden Zwischenhirnzentren.

F. Stern (Göttingen).

**Legewie, Bernhard: Delirium bei Morphinismus. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Morphingewöhnung.** Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 89, H. 4/5, S. 558—578. 1924.

Einen ziemlich kompliziert liegenden, eingehend beschriebenen und analysierten Fall glaubt Verf. als Abstinenzdelir bei Morphinismus ansprechen zu dürfen.

Es handelt sich um einen Sonderling, dessen Bruder bei Veronalgebrauch zu Halluzinationen neigte, an Narkophin gewöhnt war und bei Entziehung dieses Mittels auch Sinnestäuschungen hatte. Patient selbst litt an Rectumcarcinom, bekommt wegen unerträglicher Schmerzen 0,06—0,08 Morphin, gegen das er von vornherein überempfindlich war. Er delirierte bei geringen Morphingaben (optische Halluzinationen, starke Erregtheit, Personenverkennungen); bei Steigerung der Morphiummedikation Schwinden des Delirs.

Die schnelle Kupierung des Delirs durch Morphin spricht dafür, daß die Delirien eine Folge ungenügender M-Zufuhr waren. Anschließend bespricht Verf. die Frage der Gewöhnung an Morphin. Verf. nimmt auf Grund der Literaturanalyse an, daß Morphin in zunehmendem Maße mit den Lipoidbestandteilen der Hirnrinde sich verbindet und so zerstört bzw. dem Nachweis entzogen wird. Die vermehrte Bindungs- bzw. Zerstörungsfähigkeit des Gehirns dem Morphin gegenüber ruft das Bedürfnis nach vermehrter M-Zufuhr hervor, da das Morphin zu einem „lebensnotwendigen“ Bestandteil geworden ist. Die Morphiunsucht ist das nach außen hin auftretende Zeichen einer besonders schnellen und intensiven Affinität von Morphin und Gewebszellen.

F. Stern (Göttingen).

**Meyer, E.: Über Morphinismus, Cocainismus und den Mißbrauch anderer Narkotica. (Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Königsberg i. Pr.)** Med. Klinik Jg. 20, Nr. 13, S. 403 bis 407. 1924.

Eine Vermehrung der Morphiunsüchtigen und anderen Süchtigen nach dem Kriege konnte auch Verf. in seiner Klinik beobachten. Ein Drittel der männlichen Patienten setzte sich aus Ärzten zusammen, die Hälfte der weiblichen aus Krankenschwestern. Die häufigste Vorbedingung für die Sucht bildet die psychopathische Konstitution, die sich ohne besondere Nachforschung in 50 von 82 Fällen fand; schwere Krankheiten oder Verletzungen gingen der Sucht nur in 10—20% der Fälle voraus.

Cocainismus fand sich in 21 Fällen, meist im Anschluß an Morphinismus. Die verbrauchten Dosen waren ebenso hoch, oft etwas höher als die des Morphins. Daneben wurden noch alle möglichen Narkoticasuchten wie Opiophagie, Codeinismus, Veronalismus usw. beobachtet. Die beobachteten Symptome entsprechen den bekannten; eine eigentliche Morphiumpsychose sah Verf. nie, auch die Abstinenzerscheinungen sind im wesentlichen psychogene Reaktionen; nur beim Cocainismus kommen die bekannten halluzinatorischen und manieartigen Zustände vor. Als Morphinist hat jeder zu gelten, der regelmäßig unter Morphiumeinwirkung steht. Therapeutisch bevorzugt Verf. jetzt die sofortige Entziehung ohne Heranziehung irgendeines anderen narkotischen Mittels; nur mit hydrotherapeutischen Maßnahmen und leichten Nervinis (Baldrian, Brom) werden die Abstinenzerscheinungen, die schnell abzuklingen pflegen, gemildert; daneben ist von Anfang an auf das Herz zu achten; stets werden Herzmittel von vornherein gegeben. Einen Todesfall an Herzschwäche glaubt Verf. nicht auf die sofortige Morphiumentziehung schieben zu müssen, da Pat. schon vorher mehrere Anfälle von Herzschwäche hatte. Alkohol und Nicotin werden während der ganzen Abstinenzzeit streng vermieden. Der Übergang zur Freiheit muß ein ganz allmäßlicher sein. Die Rückfallsgefahr ist eine sehr große; Nachprüfungen in entsprechenden Zwischenräumen (3—6 Monate) sind notwendig. Bei chronischen Leiden darf Morphin nur gegeben werden, wenn zu erwarten ist, daß das Leiden in kurzer Zeit zum Tode führt. Verf. hält sich für berechtigt und verpflichtet, Morphinisten auch gegen ihren Willen die Entlassung zu verweigern, wenn es ärztlich geboten ist und die Angehörigen einverstanden sind.

F. Stern (Göttingen).

**Meyer, Max: Über Eukodalismus.** (*Nervenheilanst. d. Stadt Frankfurt a. M., Köppern i. Ts.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 71, Nr. 5, S. 133—134. 1924.

In allen 6 Fällen von Eukodalmißbrauch handelte es sich um nervös belastete Individuen (4 Männer, 2 Frauen), von denen 2 männliche gleichzeitig auch homosexuell waren. Die Wohltat der eintretenden Euphorie führt zum zwangsmäßigen Mißbrauch des Eukodals. Psychisch bestand immer eine sehr erschwerete Fixierbarkeit in der Unterhaltung und eine sehr starke motorische Unruhe. In allen Fällen wurde die Entziehung unter sofortiger Absetzung des Eukodals durchgeführt. Dazu Dauerbäder, Somnacettinjektionen, Somnacetintabletten, psychotherapeutische Beeinflussung. Krankenhausaufnahme erforderlich. Zwecks Prophylaxe sind strenge gesetzgeberische Maßregeln dringend vonnöten. Vorsicht bei Verordnen von Eukodal! Bei reaktiv auftretenden Verstimmungszuständen auf psychopathisch-degenerativer Grundlage möglichst Alkaloide, insbesondere Eukodal, nicht verordnen, sondern Hydro- und Psychotherapie, Brom, Valeriana, Adalin! Schwere endogen bedingte Depressionen sind ins Krankenhaus einzuweisen. Kurt Mendel (Berlin).<sup>o</sup>

**Lamson, Paul D., George H. Gardner, R. K. Gustafson, E. D. Maire, A. J. McLean and H. S. Wells: The pharmacology and toxicology of carbon tetrachloride.** (Die Pharmakologie und Toxikologie des Kohlenstofftetrachlorids.) (*Pharmacol. laborat., Johns Hopkins univ., Baltimore.*) Journ. of pharmacol. a. exp. therap. Bd. 22, Nr. 4, S. 215—288. 1923.

Bei allen Versuchen wurde nur reinstes  $CCl_4$  vom Siedepunkt 76,1—76,3° verwendet. Es wurden zur Bestimmung der Toxizität chemische Blutuntersuchungen, pathologisch-anatomische Untersuchungen, Leber- und Nierenfunktionsprüfungen angestellt. Die Leberfunktionsprüfung wurde mit Phenoltetrachlorphthalein ausgeführt. Es wurden im allgemeinen kleine Dosen, für vergleichende Studien sehr hohe Gaben an Tetrachlorkohlenstoff einverlebt. 4000 Sektionen wurden gemacht.  $CCl_4$  ist für Hunde relativ ungiftig. Per os wurden 25 mg pro Kilogramm Tier vertragen. Wurde die 100—500fache Dosis gegeben, so starb von 35 Hunden nur ein einziger. Es traten meist nur leichte nervöse Störungen, Veränderungen der Leber auf. Etwa die 100fache Dosis mußte einverlebt werden, um die Phenoltetrachlorphthaleinkurve zu ändern. Wiederholte Dosen von 25 ccm/kg, also täglich 220 ccm, mußten gegeben werden, bis ernstere Vergiftungssymptome folgten. In einfachen, therapeutischen Dosen ist

$CCl_4$  ein sicheres Anthelminticum. Kaninchen sterben bei oraler Applikation von 4 ccm/kg. Der Unterschied in der Giftempfindlichkeit steht in Zusammenhang mit der Resorption. Bei Inhalation des Giftes ist die Empfindlichkeit gleich. Daraus kann aber die Empfindlichkeit verschiedener Spezies nicht abgeleitet werden. Die Giftigkeit wird durch vorhergehende Einverleibung von Fetten und resorbierbaren Ölen gesteigert. Ähnlich verhält sich Alkohol nach vorhergehender Eingabe. Die pathologischen Befunde und die Leberfunktion sind dann ganz besonders beeinträchtigt. Die Intoxikation hängt von der resorbierten Menge ab. Wird  $CCl_4$  per os oder per rectum appliziert, so kann es in der Exspirationsluft nachgewiesen werden. Die Vergiftung kann auch durch intravenöse Injektion und durch Inhalation erfolgen. Nach oraler Einnahme tritt häufig Bilirubinämie auf. Mit  $CCl_4$  gesättigte (300 ccm) 0,8 proz. Kochsalzlösung rief nur eine geringe Veränderung von Blutdruck und Atmung hervor. In die Vena cava injiziert ruft  $CCl_4$  nervöse Störungen, vorübergehende Bewußtlosigkeit hervor, der rasche Erholung folgt. Wird dazu Äthernarkose gemacht, so erfolgt sofort Respirationsstillstand mit Blutdrucksenkung. Die Respiration setzt bald wieder ein, während der Blutdruck noch längere Zeit erniedrigt bleibt. Bei Injektion in die Vena portae treten Erbrechen, Diarrhöe, Ikterus, Bilirubinämie und Bilirubinharn auf. Meist folgt der Tod; Lungenemboli spielen sicherlich keine Rolle. Die Inhalation wird also nur nervöse Symptome hervorrufen, Tod nur bei Lungen- oder Herzfehlern. Absorption durch den Verdauungskanal oder vom Pfortadersystem aus müssen schwere Vergiftungen setzen: Leberschädigung, Ikterus, Bilirubinämie, Erbrechen, Depression, Tod nach einigen Tagen. Resorption durch die Lymphwege und den Ductus thoracicus verursacht nervöse Störungen, viel weniger Leberschäden; dann folgt leicht Erholung. Bei intraspinaler Applikation erfolgt der Tod nach wenigen Minuten. Die Respiration wird lange vor dem Herzen gelähmt. Subcutane Injektion gibt lokale Reizung und sterile Absceßbildung. Intraperitoneale Injektion hoher Dosen in Äthernarkose hat keinen Effekt auf Blutdruck und Atmung. Die Blutgerinnung wird durch  $CCl_4$  gefördert. Bei 200 Hunden konnten nach oraler Applikation von 0,05 g/kg nie Würmer im Darm aufgefunden werden.

Schübel (Würzburg).

**Frois: Note sur la toxicité du tétrachloréthane.** (Über die Giftigkeit des Tetrachlorthethans.) Bull. de l'inspection du travail et de l'hyg. industr. Jg. 30, Nr. 1/6, S. 188-192. 1922.

Das Tetrachloräthan dient als Lösungsmittel in der Farben-, Lack-, Kautschuk-, Harz-, Öl-, Fettindustrie, zur Extraktion von Alkaloiden, in der Lithographie und Emailfabrikation. Die Vergiftungssymptome sind einerseits nervöse (Kopfschmerz, Ohnmachten, Erbrechen), andererseits Leber und Nieren betreffend; am bezeichnendsten ist der schwere Ikterus, dessen Auftreten, namentlich wo ein Rezidiv vorliegt, gefahrdrohend ist. Blutsymptome fehlen.

Verf. hat einen Fall (tödlich) bei einer 16jährigen Gasmaskenerzeugerin beobachtet, welche transparente Blätter mittels eines das Gift als Lösungsmittel enthaltenden Klebstoffes auf die Masken klebte, ferner 3 Fälle bei der Erzeugung falscher Perlen; diese wurden in eine Tetrachloräthan enthaltende Lösung getaucht, aus der dann jenes durch Wärme in einer Trockenkammer entfernt wird.

Die Vergiftung kann nur vermieden werden, indem die Arbeit hinter einem mit Öffnungen für die Hände versehenen an einen Abzug angeschlossenen Glaskasten ausgeführt wird. Allgemeine Raumventilation ist unnütz, ja sogar schädlich, indem dann auch andere Arbeiter gefährdet werden.

Ernst Brezina (Wien).<sub>o</sub>

**Gruber, Georg B.: Gutachten in Fragen von Gasvergiftung (Schwefelkohlenstoff-, Lötgas-, Wassergas- und Sprenggasvergiftung). (Nebst einem Beitrag zur Frage der traumatischen Lungenschwindsucht.)** (Stadtkranken., Mainz.) Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 30, Nr. 11, S. 245-252. 1923.

Für die Begründung von Unfallansprüchen mit erlebter Gasvergiftung ist für die ärztliche Klärung eine möglichst genaue Darstellung des Arbeitsvorganges und seiner fraglichen Gasgefahren erforderlich, ferner muß man sich genaue Rechenschaft über das fragliche Gas oder Gasgemisch geben. Bedenklich ist die Verwendung von Analogie-

schließen, wenn man sich nicht überzeugt, daß die Voraussetzungen zur Analogie vorliegen. 4 Fälle werden mitgeteilt. Im 1. Falle wurde trotz aller negativen Unterlagen eine Schwefelkohlenstoffvergiftung angenommen, während von den Nachgutachtern ein natürlicher plötzlicher Tod vermutet, aber mangels genügender objektiver Anhaltspunkte ein bestimmtes Urteil abgelehnt wurde. Im 2. Fall sollte ein Asthmatiker bei der Lötarbeit Lötgas eingeatmet haben und daran gestorben sein. Dieser Annahme des behandelnden Arztes wurde vom Nachgutachter nicht beigetreten, der den Zusammenhang der bei der Obduktion festgestellten Bronchopneumonie mit der Lötarbeit für sehr unwahrscheinlich erklärte, zumal bei der gleichzeitig herrschenden Grippeepidemie. Im 3. Falle sollte die Stoccharbeit am Wassergasgenerator nach dem ärztlichen Gutachten Bronchopneumonie, Darmkatarrh, Thrombophlebitis und Unterschenkelgeschwür verursacht haben, während der Nachgutachter den Zusammenhang ablehnte und die Krankheitsveränderungen als Folge einer Grippe bezeichnete. Im 4. Fall wurde ein Zusammenhang einer gallopirenden käsigen Lungenschwindsucht mit Einatmung von Gasen eines ausgebrannten Pikratsprengstoffes angenommen, weil der Verunglückte sich infolge einer auch durch akute Folgen ausgezeichneten Kohlenoxydvergiftung wochenlang nicht erholen konnte und geeignet wurde für die Neuentflammung eines älteren schwindsüchtigen Prozesses, der innerhalb 110 Tagen zum Tode führen konnte.

Ziemke (Kiel).

● **Herzog, J., und A. Hanner: Die chemischen und physikalischen Prüfungsmethoden des deutschen Arzneibuches 5. Ausgabe. Aus dem Laboratorium der Handelsgesellschaft deutscher Apotheker. 2., umgearb. u. verm. Aufl.** Berlin: Julius Springer 1924. IV, 426 S. Geb. G.-M. 14.— / § 3.35.

Die chemischen und physikalischen Prüfungsmethoden des deutschen Arzneibuches 5. Ausgabe, welche in 2. Auflage vorliegen, sind aus dem Laboratorium der Handelsgesellschaft deutscher Apotheker hervorgegangen. Sie sind dazu bestimmt, in erster Linie den praktischen Bedürfnissen des Apothekers zu entsprechen und erfüllen diese Aufgabe durch ihre Zweckmäßigkeit in der Anordnung und durch die Übersicht des Stoffes sowie endlich durch die klare und bündige Darstellung der Einzelreaktionen. Im I. Teil werden vorerst die wichtigsten allgemeinen physikalischen Arbeitsmethoden behandelt: Bestimmung des Schmelz-, Erstarrungs- und Siedepunktes, Destillation mit Wasserdampf, Rückstands- (Aschen-) Bestimmung, Feststellung des Wassergehaltes, Ermittlung des spezifischen Gewichtes, Polarisation, die maßanalytischen Methoden, Nachweis des Kalium-Ions und im Anschluß daran die häufig wiederkehrenden allgemeinen chemischen Nachweismethoden, als Elaidinprobe, Bestimmung von Säuregrad, Jodzahl der Fette und Öle, Alkaloid-, Morphin-, Silber-, Quecksilber-, Eisen-, Arsen- und Antimonbestimmung, Senfölbestimmung, Ermittlung des Gehaltes an Chloriden in Bromiden, Nachweis von denaturiertem Weingeist bzw. Methylalkohol in alkoholhaltigen Präparaten, Alkoholbestimmung in Tinkturen (neu) usw. Auch als neu in der Auflage folgen in dankenswerter Weise Regeln und Anweisungen zur Prüfung der Arzneigläser, besonders der Ampullengläser, Anleitung zur Ersparnis kostspieliger Materialien bei der Untersuchung von Arzneimitteln. Die am Schlusse befindliche Tabelle von F. Dietze zur Bestimmung der spezifischen Gewichte bei den Temperaturen zwischen + 11 und + 30° erhöht die Verwendbarkeit des Buches. Die im II. Teil behandelten besonderen Prüfungsmethoden des Arzneibuches folgen in der Anordnung desselben in alphabetischer Reihe und bringen die für die Prüfung der Reinheit maßgebenden Verfahren in einer besonders anerkennenswerten Vollständigkeit. Das Buch sollte in keinem Apothekelaboratorium fehlen.

C. Ipsen (Innsbruck).

● **Luff, Gustav: Bestimmung und Trennung des Wismuts auf Grund der Hydrolyse. (Höhere techn. Staatslehranst., Nürnberg.) Zeitschr. f. analyt. Chem. Bd. 63, H. 9, S. 330 bis 348. 1923.**

Der Verf. hat die Wismut-Hydrolyse zur quantitativen Bestimmung und Trennung des Wismuts ausgebaut. Die Hydrolyse der Wismutverbindungen tritt sowohl in salpetersaurer

als auch in salz- und schwefelsaurer Lösung in Erscheinung. Dieselbe geht unter Abscheidung basischer Salze vonstatten unter der Voraussetzung, daß die Säurekonzentration über die zulässigen Grenzen nicht hinausschreitet. Bei gewöhnlicher Temperatur erfolgt die Abscheidung in der Regel nur langsam und in amorpher bis kleinkristallinischer Form. Größere krystallinische Abscheidungen sind hingegen nach kurzer Zeit in der Wärme zu gewinnen. Durch nachträgliche Erhitzung gehen auch die auf kaltem Wege erhaltenen Hydrolysenabscheidungen in dichtere, krystallinische Formen über. Zur quantitativen Bestimmung des Wismuts hat Luff die von G. M. Rutten beschriebene Methode der Abscheidung desselben als basisches Nitrat weiter ausgearbeitet, wobei 6 basische Wismutnitrate ( $\text{Bi}_2\text{O}_3 \cdot 2\text{N}_2\text{O}_5 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$ ) erhalten werden. Die überschüssige Salpetersäure kann einerseits durch Alkali bis auf den zulässigen Grad vermindert werden, andererseits ist die überschüssige Salpetersäure auch durch Kochen mit Natriumnitritlösung wegschaffbar. Das in diesem Falle gewonnene, fast völlig neutrale Filtrat enthält keine Spur von Wismut mehr. Der Niederschlag ist dann gewichtsmäßig berechenbar. Ein Mitreiben von Blei, Cadmium und Kupfer in den Niederschlag erfolgt nicht. Weiter wird das Wismut als basisches Chlorid durch Zusatz von Salzsäure oder Salzsäure + Salmiak in der Form des Wismut-Oxychlorids ( $\text{O} = \text{Bi-Cl}$ ) abgeschieden und bestimmt und endlich auch als basisches Sulfat ( $\text{Bi}_2\text{O}_3 \cdot \text{SO}_3 \cdot \text{H}_2\text{O}$ ) gewonnen, indem die mit  $\text{NaHCO}_3$  neutralisierte salpetersaure Lösung mit kalter Schwefelsäure (1 : 10) tropfenweise versetzt und gekocht wird. Die Wismutfällung ist vollständig. Die rechnerisch gefundenen Werte stimmen mit den theoretischen Zahlen gut überein. C. Ipsen (Innsbruck).

**Katz, S. H., and E. S. Longfellow:** Tests for hydrocyanic acid gas in air. (Reagenzien zum Nachweis von Cyanwasserstoffgas in der Luft.) Journ. of industr. hyg. Bd. 5, Nr. 3, S. 97—104. 1923.

Verff. besprechen die zum Nachweis der bei der Goldgewinnung oder bei der Vernichtung von Ratten, Mäusen oder sonstigem Ungeziefer, durch Anwendung von Cyankalium oder Cyannatrium entstehenden Blausäuredämpfe (HCN) in der Luft gebrauchten Reagenzien und die aus ihnen hergestellten Reagenspapiere zur annähernden quantitativen colorimetrischen Bestimmung der Blausäure bei Anwendung geeigneter Vergleichsstreifen. Räume, in welchen über 100 Teile HCN pro Million festgestellt worden sind, sollten von Personen ohne Schutzvorrichtung nicht betreten werden.

Eckerlin (Berlin).,

#### *Plötzlicher Tod aus innerer Ursache. Verhungern.*

**Knipping, H. W., und W. Rieder:** Beitrag zur Physiologie des Thymus. Über die Beziehungen zwischen Thymus und Generationsorganen. (II. chirurg. Abt., Krankenh. Eppendorf u. Physiol. Inst., Univ. Hamburg.) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 39, S. 378—384. 1924.

Die Verff. stellten experimentelle Versuche bei Meerschweinchen an, indem sie die Thymusdrüse geschlechtsreifer Tiere histologisch untersuchten und vergleichen machten zwischen der Ausbildung dieses Organs in denjenigen Fällen, in welchen die geschlechtliche Betätigung der Versuchstiere unbeeinträchtigt geblieben resp. andererseits verhindert worden war. Sie schließen aus den Ergebnissen, daß eine Unterdrückung des Geschlechtsverkehrs bei voll ausgebildeten und funktionsfähigen Generationsorganen Thymuspersistenz bewirkt, ohne daß aber eine Hyperplasie dieses Organs eintritt. Es sei danach sehr wahrscheinlich, daß die Thymuspersistenz, die man oft auf dem Sektionstisch findet, nicht das Primäre sei und die Genitalausbildung verzögert habe, sondern daß der Thymus durch mangelhafte Anlage der Generationsorgane oder schlechte Entwicklung bzw. unterdrückte Funktion derselben nicht zur rechtzeitigen, vollständigen Rückbildung gekommen sei. Reuter (Hamburg).

**Březík, Rudolf:** Plötzlicher Tod im Kindesalter. (Kinderklin., Prof. Brdlika, Bratislava.) Bratislavské lekárske listy Jg. 3, H. 4, S. 244—250. 1924. (Tschechisch.)

Die häufigsten Ursachen des plötzlichen Todes im Kindesalter bilden: Erkrankungen des Respirations- und Digestionstractus, Erkrankungen des Gehirnes und seiner Hämäte. Infektionskrankheiten und Status thymico lymphaticus.

Mitteilung eines einschlägigen Falles von plötzlichem Tod bei Status thymico lymphaticus. Ein 8jähriger Knabe, der bis auf eine Brustfellentzündung und Varicellen keinerlei Krankheiten durchgemacht hat, wird wegen Enuresis nocturna faradisiert. Bei der 2. Sitzung sträubt sich der Knabe sich behandeln zu lassen und als unter großem Geschrei des Kindes

mit Gewalt durch 2 Minuten eine mäßige Faradisation vorgenommen wird, stirbt er plötzlich. Wiederbelebungsversuche erfolglos. Bei der Sektion fand sich eine vergrößerte Thymus (9 : 11 : 0,1—1 cm; Gewicht 56 g). Hyperplasie des gesamten lymphatischen Apparates. Parenchymatöse Degeneration des Herzmuskel mit einer Hyperplasie der lymphoiden Elemente.

Als auslösende Ursache des Todes wird die durch die Angst verursachte psychische Erregung angesehen. Es wird darauf verwiesen, in allen Fällen, bei welchen ein Status thymico lymphaticus vermutet werden kann, auch bei scheinbar leichten Eingriffen mit der größten Vorsicht vorzugehen.

Marx (Prag).

**Spurgin, Percy B.: Sudden death by inhibition.** (Plötzlicher Tod durch Herz-lähmung.) Lancet Bd. 206, Nr. 13, S. 652—653. 1924.

In einem Park waren 2 junge Leute in einen Faustkampf geraten. Durch Wächter gestört, zogen sie sich in einen stillen Winkel zurück, wo sie den Kampf fortsetzten. Dabei wurde der eine, ein 21jähriger gesunder, kräftiger Bursche niedergeschlagen. Der andere ließ ihn liegen, ging weg, stellte sich aber, als er in den Abendblättern las, daß man den anderen tot gefunden habe, selbst der Polizei. Bei der 3 Tage später vorgenommenen Leichenöffnung wurden blaue Flecke an der Stirn und oberhalb des linken Schlüsselbeins gefunden. Beide Herzkammern und das linke Herzohr waren fest zusammengezogen und leer, das Herzfleisch war blaß.

Der Vortragende erklärte den Tod als Herz-lähmung, ausgelöst durch Vagusreizung infolge des Schläges auf die linke Halsseite. Er erwähnte noch 2 Fälle, den eines 52jähr. Mannes, der plötzlich starb und den eines während eines Wettkampfes gestorbenen englischen Boxers (Leichenbefunde?).

**Aussprache:** Spilsbury, Sir Bernard erzählt den Fall eines 3jährigen Kindes, das beim Essen nach einem Hustenstoß plötzlich starb (Erweiterung beider Herzkammern, großes Gehirn, dünner Schädel, blasses Herzfleisch), den eines 45jährigen Mannes, der betrunken nach Hause gekommen war und dann tot auf der Stiege gefunden wurde, von der eine Stufe frisch gebrochen war. Bei der Leichenöffnung fand sich eine Blutunterlaufung in Kopf und Körper der Bauchspeicheldrüse, die so gedeutet wurde, daß der Betrunkene stürzend auf einen Säulenkopf des Stiegengeländers aufgefallen sei. Weiters den Fall eines Knaben, der nach einem Faustschlag auf die Magengegend zusammenbrach und 10 Minuten später von einem Arzt tot gefunden wurde. Hier war wieder das Gehirn sehr groß, der Schädel dünn mit deutlichen Abdrücken des Gehirns. Spilsbury faßt alle diese Fälle als Atemlähmung infolge eines mächtigen Nervenreizes auf, die durch rechtzeitige künstliche Atmung bekämpft werden könnten. — Aus der weiteren Aussprache sei noch ein von Bronte, Dr. R. M. vorgetragener Fall wiedergegeben, in welchem ein Mann während Ausführung einer Spinalanästhesie starb, ehe noch die Nadel herausgezogen war. Der Redende führte diesen Ausgang auf die große Angst, mit welcher der Verstorbene dem Eingriff entgegenseh, zurück.

Meixner (Wien).

**Jirásek, Arnold: Plötzlicher Tod nach Operationen.** Časopis lékařův českých Jg. 63, Nr. 1, S. 11—16. 1924. (Tschechisch.)

Von den zahlreichen Ursachen des plötzlichen Todes bei und nach einer Operation, die unter vollkommen normalen Bedingungen und ohne irgendwelche Komplikation bei der Operation durchgeführt wurde, kommen besonders in Betracht: 1. Angeborene Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems, wie Hypoplasie des Gefäßsystems, angeborene Aortitis luetica, konstitutionell schwaches Herz. Eine vor der Operation festgestellte Aorta angusta mahnt zur größten Vorsicht. 2. Status thymicus. Die Ursache des plötzlichen Todes kann gelegen sein in einer mangelhaften Funktion des chromaffinen Systems oder einer Hypoplasie des Gefäßsystems, welche beide häufig mit einer Thymus persistenz vergesellschaftet sind, oder es kann die Thymus selbst durch Störung des Gleichgewichtes im Endokrinensystem zum Tode führen. Die klinische Feststellung eines Status thymicus ist oft nicht möglich. Er kann oft nur durch das Vorhandensein anderer Zeichen von Konstitutionsanomalien erschlossen werden. 3. Dem chromaffinen System kommt für den plötzlichen Tod während oder nach einer Operation insofern eine Bedeutung zu, als Versuche gezeigt haben, daß sowohl durch die Narkose als auch durch Aufregungen, insbesondere Angstzustände, wie sie sich bei fast allen Patienten vor der Operation finden, die Nebennieren und das chromaffine System überhaupt geschädigt werden. Diese Tatsache erklärt viel besser alle Fälle von plötzlichem Tod während oder unmittelbar nach einer unter Chloroformnarkose vorgenommenen Operation, bei welcher mangels

eines anderen Befundes die nichtssagende Diagnose „Idiosynkrasie“ gestellt wird. Sie ist auch imstande, die Fälle von unerwartetem Tod nach oder während einer in Lokalanästhesie vorgenommenen Operation zu erklären. 4. Die Leberveränderungen, die sich im Anschlusse an einen stärkeren Blutverlust oder infolge Herzschwäche oder einer Infektion einstellen können, können eine Überempfindlichkeit der Leber gegen das Chloroform zur Folge haben und so zu einem unerwarteten tödlichen Ausgang des operativen Eingriffes führen. Für manche Fälle muß man aber eine angeborene Überempfindlichkeit annehmen. Meist ist sie mit anderweitigen Degenerationsveränderungen vergesellschaftet. 5. Die Nierenfunktion kann durch verschiedene, durch die Operation bedingte Einflüsse geschädigt werden. Eine solche Schädigung kann auch eintreten, ohne daß man diese abnorme Reaktion der Niere auf den operativen Eingriff auf Grund der klinischen Untersuchung der Nierenfunktion hätte erwarten können. 6. Der postoperative oder chirurgische Schock kommt heute nur mehr für eine geringe Zahl von Fällen als Ursache des Todes während oder nach der Operation in Betracht, seitdem man die verschiedenartigen Schädigungen der Nebennieren, der Leber und Nieren durch die Operation kennen gelernt hat. Am meisten zu fürchten ist er bei Bauchoperation bei Individuen mit Hypotonie und einem mangelhaft funktionierenden Capillarsystem. *Marx (Prag).*

**Segre, Riccardo: Plötzlicher Tod intra operationem infolge Erkrankung des Reizleitungssystems. (Krankenh. Wieden, Wien.) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 247, H. 3, S. 557—562. 1924.**

Mitteilung eines Falles von plötzlichem Tod während einer Äthernarkose (Operation wegen *Ulcus ventriculi*). Eine genaue histologische Untersuchung (Serienschnitte) des Reizleitungssystems des Herzens ergab eine myokarditische Schwiele, die den linken Schenkel gleich nach der Teilungsstelle einengte. Hinweis auf die Wichtigkeit, in solchen Fällen an eine Schädigung des Reizleitungssystems zu denken und entsprechend zu untersuchen.

*Külls (Köln).*

**● Morgulis, Sergius: Hunger und Unterernährung. Eine biologische und soziologische Studie.** Berlin: Julius Springer 1923. IX, 321 S. G.-M. 12.60 / § 3.—

Durch die bald nach Kriegsbeginn bei den Mittelmächten eingetretene geregelte Hungersnot, durch die schließlich der Krieg entschieden wurde, hat der von Morgulis behandelte Gegenstand besondere Bedeutung gewonnen. Der Verf., der sich auf zahlreiche eigene Arbeiten über die Beziehungen zwischen Stoffwechsel und Ernährung berufen kann, hat in dem Buch eine überwältigende Fülle von Forschungsergebnissen zusammengetragen. Bei der breiten Anlage des Werkes wird auch der, der selbst auf einschlägigem Gebiet gearbeitet hat, Abschnitte finden, die ihm Neues und Wissenswertes bringen. Das Buch ist in zwei Hauptabschnitte gegliedert. Der erste behandelt den natürlichen Hungerzustand, in welchem Tiere längere Zeit von den eigenen Körpervorräten leben, im Winterschlaf, während der Metamorphose der Kerfe und beim wandernden Lachs. Der zweite beschäftigt sich mit dem Hunger als regelwidriger Erscheinung und fußt begreiflicherweise größtenteils auf den Ergebnissen von Versuchen an hungernden Tieren und der Beobachtung an Hungerkünstlern. In 4 Unterabschnitten sind die Folgen vollkommenen Nahrungsmangels, des Mangels einzelner lebenswichtiger Nahrungsbestandteile, der dauernden Unterernährung, die als Massenerscheinung eine hervorragende Bedeutung hat, und der zeitweiligen Unterernährung, deren Wert als Behandlungsverfahren vielfach noch sehr strittig ist, dargestellt. Ein Schlußabschnitt ist noch den Beziehungen zwischen Unterernährung und Wachstum gewidmet. Der Umstand, daß der Verf. den Zweck des Buches, dem Arzt als Berater in Ernährungsfragen im Kleinen und im Großen zu dienen und ihm die Grundlagen hierzu leicht zugänglich zu machen, nie aus den Augen verliert, bei jeder Gelegenheit auf Erfahrungen aus der ärztlichen Tätigkeit und die Ergebnisse der Gesellschaftskunde Bezug nimmt, macht das Buch besonders anziehend. Auch für den gerichtlichen Mediziner ist mancherlei von Bedeutung. Dazu gehört, um nur einige Beispiele herauszulösen, eine, dem Winterschlaf der Tiere ähnliche Herabsetzung der Lebensvorgänge,

über die wir beim Menschen wenig Tatsächliches und noch weniger Erklärendes wissen, die aber als Scheintod unter den verschiedensten Bedingungen unsere vollste Aufmerksamkeit verdient; weiters die Fragen der Nachhaltigkeit von Hungerschäden und die Beziehungen zwischen Unterernährung und geistiger Leistungsfähigkeit und geistiger Verfassung, letztere allerdings nur ganz kurz gestreift, begreiflicherweise mehr eine Anregung. Ein 40 Seiten langes Quellenverzeichnis macht das Buch zu einem wichtigen Arbeitsbehelf.

*Meixner* (Wien).

**Stefko, W. H.: Der Einfluß des Hungerns auf Blut und blutbildende Organe.** (*Anat. Univ.-Inst., Simferopol, Krim, Russland.*) *Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.* Bd. 247, H. 1, S. 86—117. 1923.

Durch mikroskopische Untersuchung an Hungerleichen konnte Verf. feststellen, daß das Knochenmark beim Hungern eine wirkliche Erregung erleidet, daß eine Förderung der Bildung jener Zellelemente eintritt, deren Funktion auf die Ausbreitung der Fermente für die Ausnützung der Vorratsstoffe im Organismus gerichtet ist. Bei Kindern der ersten Lebensjahre wird auch das Wiederaufleben der extramedullären Blutbildung in manchen Lebergegenden bewirkt. Die Veränderungen an Leber, Milz, Knochenmark und Blut sind ähnlich denen bei angeborener Ödemkrankheit. Blutuntersuchungen ergaben 2 Zustände: 1. Blutverdünnung mit verminderter Aschensubstanz, niedrigem spezifischem Gewicht, verminderter Erythrocytenzahl, normalem Blutbild. 2. Blutverdickung mit Zunahme der Aschenstoffe, hohem spezifischem Gewicht, vermehrter Erythrocytenzahl, Veränderung des morphologischen Blutbildes. Der hämorrhagischen Diathese liegen Störungen im Blutbestande zugrunde, deren Folge die Änderungen im Aufbau der Gefäßwandungen sind.

*Groll* (München).,

#### *Kindesmord.*

**Pauliucu-Burla, V.: Lebensunfähigkeit der Anencephalen vom Standpunkt der gerichtlichen Medizin.** *Rev. de obstetr., gynecol. si puericult.* Jg. 3, Nr. 9/10, S. 267 bis 275. 1923. (Rumänisch.)

Beschreibung von 2 Fällen von Anencephalie, der erste stammte von einer 30jährigen Frau, die vorher 2 normale Kinder geboren hatte; das Kind war ausgetragen, lebte aber nach der Geburt nur 26 St. Im zweiten Fall handelte es sich um einen Zwillingssabort im 4. Monat nach vorangegangenen 3 normalen Geburten; nur einer der Zwillinge zeigte die Anomalie.

*K. Wohlgemuth* (Chișinău).

**Adair, F. L., and Chester A. Stewart: Congenital defect of the skin of the new-born.** (Angeborener Hautdefekt beim Neugeborenen.) *Americ. journ. of dis. of childr.* Bd. 27, Nr. 1, S. 60—63. 1924.

Neugeborenes Kind mit ausgedehntem kongenitalen Hautdefekt, der symmetrisch am Rumpf und an den Armen lokalisiert ist. Rasche Abheilung unter einem aus gleichen Teilen Wismut und Kalomel zusammengesetzten Puder und paraffingetränkten Tupfern. Keine Transplantation erforderlich. Ätiologie unklar. Es wird auf jede diesbezügliche Erörterung verzichtet.

*Dora Gerson* (Dresden).,

**Heidler, Hans: Kongenitaler Hautdefekt am Kopfe.** (*II. Univ.-Frauenklin., Wien.*) *Wien. klin. Wochenschr.* Jg. 37, Nr. 5, S. 114—116. 1924.

Reifer Knabe mit 49 cm Länge und 2650 g Körpergewicht mit einem Hautdefekt im Bereich der Scheitelbeine von 5 cm Länge und 2,5 cm Breite, an dessen Grund sich eine graue, undurchsichtige feuchte Membran befindet. Im Bereich des Defektes fehlt auch der Knochen; Mumifikation der Grundmembran in den nächsten Tagen. Verblutung nach ca. 10 Wochen wahrscheinlich aus dem Sinus longitudinalis. Amnionfäden als Ursache sind unbedingt abzulehnen. Die mumifizierte Grundmembran ist als rudimentär entwickelte Kopfschwarze aufzufassen, so daß in diesem Sinne nicht von einer Aplasie, sondern von einer hochgradigen Hypoplasie zu sprechen ist. *Walther Hannes.*

**Walz, Werner: Zur Kenntnis und Ätiologie der kongenitalen Hautdefekte am Scheitel Neugeborener.** (*Württemberg. Landes-Hebammenschule, Stuttgart.*) *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* Bd. 65, H. 3/4, S. 167—178. 1924.

Die kongenitalen Hautdefekte am Schädel Neugeborener sind nicht durch intrauterine Verwachsungen mit dem Amnion hervorgerufen, auch nicht die Folge eines Traumas bei der Geburt, sondern beruhen auf endogenen Störungen bei dem Verschluß des vorderen Poles der Medullarrinne. Es handelt sich hierbei um endogene Mißbildungen nach Art anderer Spaltbildungen am Schädel.

*Gräfenberg* (Berlin).,

### *Gerichtliche Geburtshilfe.*

**Hrdlička, K.: Ein Fall von eingebildeter und ein Fall von bestrittener Schwangerschaft.** Časopis lékařův českých Jg. 63, Nr. 5, S. 175—177. 1924. (Tschechisch.)

Eine 40jähr. Frau, Mutter von 3 Kindern, behauptete gravid zu sein und ließ sich von dieser Meinung trotz innerhalb der 9 monatlichen Beobachtung wiederholt vorgenommenen Untersuchung, die niemals die geringsten Zeichen einer Schwangerschaft feststellen ließ, nicht abbringen. Erst nach Ablauf der 9 Monate kam sie zu der Einsicht, sich getäuscht zu haben. Es bestanden keine nervösen oder psychischen Störungen während dieser Zeit, die Frau ging ihrer Beschäftigung als Geschäftsfrau nach. 2. In diesem Falle bestritt eine 33jähr. verheiratete Frau, Schauspielerin, obwohl von dem Verfasser einwandfrei alle Zeichen einer Gravidität im 9. Monat festgestellt wurden, die Möglichkeit einer solchen. Sie war selbst dann nicht von der Meinung abzubringen, als Wehen auftraten und Fruchtwasser abging. Erst die Geburt eines reifen, wohl entwickelten Kindes 2 Tage nach der ärztlichen Untersuchung konnte sie von der Richtigkeit der Diagnose überzeugen. 2 Tage vor der Entbindung war sie in einer Operette noch aufgetreten.

Marx (Prag).

**Lorion, L.: Traumatisme et gestation dans leurs rapports avec la responsabilité civile.** (Trauma und Schwangerschaft in ihrer Beziehung zur gerichtlichen Verantwortlichkeit.) Journ. des praticiens Jg. 38, Nr. 2, S. LX—LXXIV. 1924.

Verf., der Vertrauensarzt zweier großer Versicherungsgesellschaften ist, hat im Laufe der letzten 6 Jahre 1450 Fälle beobachtet, von denen 11 mal das Trauma Schwangere getroffen hat. 3 mal kam es zum Abort, 5 mal wurde das Kind ausgetragen, 1 mal wurde eine Schwangerschaft von der Verletzten nur vorgetäuscht, 2 Fälle entzogen sich der weiteren Beobachtung. Nur einmal handelte es sich um einen Betriebsunfall, die meisten waren Automobilunfälle. Von den 9 Fällen, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden, hat der letzte besonderes Interesse: Eine 31jährige Frau, die im 8. Monat schwanger ist, erleidet bei einem Automobilunfall eine Oberschenkelfraktur und verschiedene kleinere oberflächliche Verletzungen. Die Schwangerschaft wird nicht unterbrochen, jedoch zeigt das Kind in den ersten Jahren Zeichen von Littlescher Krankheit. Von den Sachverständigen und dem Gericht (Cour d'Appel) wurde ein Zusammenhang zwischen dem Unfall der Mutter und der Krankheit des Kindes als bestehend angenommen und eine Entschädigungssumme von 20 000 Fr. anerkannt.

K. Wohlgemuth (Chișinău).

**Reeb: Avortement criminel par injection de lysol concentré; perforation de la paroi vaginale postérieure; volumineux hématome sous-péritonéal, néphrite aiguë toxique, mort.** (Krimineller Abort durch Einspritzung von konzentriertem Lysol; Perforation der hinteren Scheidewand; großes subperitoneales Hämatom, akute toxische Nephritis, Tod.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 12, Nr. 9, S. 567—569. 1923.

22jährige I-Para im 2. Graviditätsmonat hatte sich zwecks Abtreibung eine Injektion von konzentriertem Lysol mittels einer Hartgummispritze in die Scheide gemacht. Dabei war eine Perforation der hinteren Vaginalwand etwa 4 cm hinter dem Introitus erfolgt und dadurch Verletzung des Venenplexus in der Umgebung des Rectum. Begünstigt wurde das Zustandekommen der Verletzung durch das Vorhandensein einer Rectocele. Das stark ätzende Lysol hatte eine diffuse Peritonitis und durch Resorption eine akute Nephritis mit vollständiger Anurie zur Folge. Eine Laparatomie mit Äther-Campherölspülung der Peritonealhöhle und ausgiebiger Drainage nach oben und nach der Vagina konnte den Exitus nicht aufhalten. Bemerkenswert ist, daß in der trüben Peritonealflüssigkeit keine Bakterien gefunden wurden; es handelte sich also um eine durch chemischen Reiz entstandene Peritonitis.

A. Hirschberg (Berlin).

**Audebert, J.-L., et Victor Rascol: Prophylaxie de l'avortement criminel; dangers de la clandestinité.** (Prophylaxe des kriminellen Abortus. Gefahren der Heimlichkeit.) Rev. franç. de gynécol. et d'obstétr. Jg. 18, Nr. 22, S. 649—656. 1923.

Bericht über 3 Fälle von kriminellem Abort: 1. 26jährige IV-Para im 2. Graviditätsmonat, Einleitung durch Einspritzen von Seifenwasser mit Essig, Tod an septischer Peritonitis; 2. 25jährige II-Para im 3. Graviditätsmonat: Einleitung durch intrauterine Injektion von kochendem Wasser. Heilung durch Hysterektomie; 3. 29jährige IV-Para im 2. Graviditätsmonat: Abort kriminell eingeleitet. Heilung ohne Operation mit Bildung parametraler Infiltrationen und Adhäsionen. Verff. weisen darauf hin, daß der ungünstige Ausgang krimineller Aborte vor allem auf den Mangel an Asepsis bei Vornahme intrauteriner Eingriffe beruht; dazu kommt, daß die Manipulationen häufig von ungeschickten und ungelernten Personen ausgeführt werden; eine weitere wichtige

Rolle spielt die Heimlichkeit bei der Ausführung des Eingriffs, dadurch mangelhafte Asepsis, ungeschicktes Manipulieren, Perforationen. Verff. fordern eine systematische Aufklärungspropaganda im Volk über die Gefahren des künstlichen Abortes und beantragen, daß Ausstellung von Totenscheinen durch besondere, beamtete Ärzte, nicht durch den behandelnden Arzt erfolgen soll, damit die Schuldigen erfaßt würden, ohne das ärztliche Berufsgeheimnis preiszugeben. *A. Hirschberg* (Berlin).<sup>10</sup>

**Thélin, Ch.: De la rupture de la symphyse pubienne au cours de l'accouplement.** (Über die Zerreißung der Symphyse während der Geburt.) *Rev. méd. de la Suisse romande* Jg. 43, Nr. 12, S. 794—802. 1923.

Bericht über eine Ruptur der Symphyse nach schwerer Zange bei mäßig plattem Becken. Während der Operation wurde nichts bemerkt, im Wochenbett trat jedoch eine völlige Lähmung beider Beine auf, ohne sensible Störungen, welche nur sehr langsam zurückging. Auf dem Röntgenbild breites Klaffen des Symphysenspaltes. Nach langer Bettruhe und Behandlung mit Bandagen leidliches funktionelles Resultat, keine knöcherne Heilung. Harntrüpfeln. Über die Ursache der Lähmung kann Verf. sich nicht klar werden, da er reflektorische Ruhigstellung ebenso wie Quetschung des Plexus sacralis ausschließt. *v. Schubert* (Berlin).<sup>11</sup>

**Schickelé, G.: Toxémie gravidique ou choc obstétrical? Mort subite après l'accouplement.** (Graviditätstoxämie oder Geburtsschock? Plötzlicher Tod nach der Entbindung.) (*Clin. obstétr. et gynécol., Strasbourg.*) *Gynécol. et obstétr.* Bd. 9, Nr. 1, S. 123 bis 135. 1924.

In Analogie mit dem „chirurgischen Schock“ nach schweren Verletzungen u. ä. wird neuerdings auch von einem „Geburtsschock“ gesprochen, wenn es nach Entbindungen zu plötzlichen Todesfällen kommt. Verf. bestreitet, daß es einen solchen Geburtsschock gibt. Genaue Sektionen und histologische Untersuchungen bei solchen unklaren Todesfällen zeigen stets irgendwelche Veränderungen, die für den letalen Ausgang verantwortlich zu machen sind. Verf. beschreibt 4 derartige Fälle, deren Obduktion die klassischen Veränderungen der Eklampsie in der Leber zeigte, ohne daß klinisch irgendwelche Erkrankungszeichen bestanden haben. *K. Wohlgemuth.*

**Gerdes: Über einen Fall von Luxatio bulbi als Geburtsverletzung.** (*Diakon.-Mutterh. Bethanien, Lötzen, Ostpr.*) *Münch. med. Wochenschr.* Jg. 71, Nr. 9, S. 274—275. 1924.

Nach Entbindung durch Beckenausgangszange zeigte das Kind Verlagerung des linken Auges vor die Lider. Durch unmittelbaren Druck auf den Augapfel gelang es, das Auge wieder in seine normale Lage zurückzubringen. Wie ein Versuch an demselben Kinde ergab, genügte ein Druck auf den oberen Orbitalrand, um die Luxation wieder zustande zu bringen. Eine Schädigung des Auges oder seiner Umgebung war nicht zu erkennen. Noch nach 18 Jahren war die Beweglichkeit des Auges und seine Funktion gut. *F. Jendralski* (Gleiwitz).

#### *Streitige geschlechtliche Verhältnisse.*

**Gley: Das Vererbungsproblem in der forensischen Medizin.** (*Inst. f. gerichtl. u. soz. Med., Univ. Bonn.*) *Schweiz. med. Wochenschr.* Jg. 54, Nr. 12, S. 280—285. 1924.

Die Verwertung der Vererbungsregeln in der forensischen Medizin stößt noch auf größere Schwierigkeiten als in den übrigen medizinischen Disziplinen, weil sowohl die Merkmale der Ahnen bei dem betreffenden Falle aus leicht verständlichen Gründen nicht erkannt werden können, als auch, da es sich fast ausschließlich um Untersuchungen an sehr jugendlichen Individuen bei Paternitätsklagen handelt, weil hier etwa vorhandene Ähnlichkeits-Unähnlichkeitsmerkmale noch nicht zur Ausbildung gelangt sind. Der Verf. beleuchtet diese Schwierigkeit an Hand einzelner Fälle aus der Literatur und eines eigenen Falles. Verf. bespricht ferner die Eigenschaften, krankhaften Zustände und Anomalien, welche als vererbte Merkmale bei einer fraglichen Untersuchung auf Paternität für die Begutachtung ausschlaggebend sein könnten, wie Hämophilie, Farbenblindheit, Ichthyosis, Schwachsinn, Epilepsie und verschiedene Mißbildungen. Von normalen Eigenschaften käme die Farbe der Haare und der Iris in Betracht. Die größte Aussicht auf erfolgreiche Anwendung der Vererbungsgesetze ist beim Menschen nur dann gegeben, wenn es sich um leicht erkennbare und möglichst seltene Eigen-

schaften handelt, wie z. B. bei gewissen Krankheiten und Anomalien. Die Bestimmung einer bestehenden Verwandtschaft durch Feststellung der individuellen Blutdifferenzen vermag bisher auch noch nicht über die bestehenden Schwierigkeiten hinwegzuhelfen.

*Schönberg* (Basel).

**Valkema Blouw, H. C.: Homosexualität.** Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 68, 1. Hälfte, Nr. 14, S. 1501—1509. 1924. (Holländisch.)

Kurzer orientierender Überblick, die modernen Anschauungen über Zustandekommen und Behandlung der Homosexualität enthaltend. Verf. schließt sich in vielen Punkten den Theorien Stekels und Bleulers an. In der Vermehrung der Zahl der Homosexuellen sieht er nur eine Verschiebung in der Richtung einseitiger homosexueller Befriedigung eines Teiles der bisexuell-fühlenden. Bessere ökonomische Zustände wären dagegen das Heilmittel. *Lamers* (Herzogenbusch).

**Carpp, E. A. D. E.: Ein Fall von Transvestitismus.** (*Psychiatr.-neurol. clin., Prof. Jelgersma, Rhynhart.*) Psychiatr. en neurol. bladen Jg. 1923, Nr. 6, S. 368—380. 1923.

Die entscheidenden Faktoren für die Entstehung einer Perversion, wie sie im vorliegenden Fall beschrieben und psychologisch analysiert worden ist, liegen nach der Meinung des Verf. im Bereich des Biologischen. Der Weg psychologischer Erklärung ist aber berechtigt, da er andere Möglichkeiten der Deutung nicht ausschließt, sondern im Gegenteil zur Lösung der noch fast ganz im Anfangsstadium befindlichen biologischen Untersuchungen beitragen kann. Der Fall selbst und die mit den Begriffen der Identifikation, des Narcißmus, der Autoerotik versuchte Deutung enthalten nicht wesentlich Neues. *Erwin Straus* (Charlottenburg).

**Griesbach, Rolf: Eine einfache und billige Methode der Spirochätenfärbung.** (*Dermatologikum, Prof. Dr. P. G. Unna, Hamburg.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 71, Nr. 4, S. 109. 1924.

Der Autor faßt — angeregt durch P. G. Unna — die Spirochäten als Reduktionsorte auf. Das bei Zuführung von Kalium permanganicum ausfallende Mangansuperoxyd färbt die Spirochäten braun. Mit darauffolgender Ziehlscher Carbofuchsinfärbung (1 : 10) ergibt sich intensiv rotbraune Farbe der Mundspirochäten und schwächer der Spirochaeta pallida. Färbetechnik:

1. Kurze Fixation über der Flamme. 2. Mit einer 5 proz. Kal.-perm.-Lösung 3 Minuten färben. 3. Abspülen mit Wasser 4. Nachfärben mit Carbofuchsin (1:10) 2 Minuten.

*Edmund Hofmann* (Frankfurt a. M.).

**Becker, Leopold: Erfahrungen mit der Bruckschen Syphilisreaktion an 12 000 Untersuchungen.** (*Bakteriol.-serol. Untersuch.-Amt u. städt. Krankenh., Altona.*) Klin. Wochenschr. Jg. 3, Nr. 12, S. 479—480. 1924.

Die technisch sehr einfache Brucksche Reaktion zeigte in 11624 von 12179 Fällen (also in 95,46%) Übereinstimmung mit der Kaupschen Modifikation der Wassermannschen Reaktion. In den Frühstadien der Lues ist sie der Wa.R. zuweilen unterlegen, in den Spätstadien bisweilen überlegen. Sie soll die Wa.R. nicht ersetzen, sondern soll neben der Wa.R. angestellt werden. *Max Jessner* (Breslau).

**Roucayrol, E.: Le diagnostic bactériologique de la guérison des infections urogenitales.** (Die bakteriologische Diagnose der Heilung urogenitaler Infektionen.) (*Serv. cir., hôp. Lariboisière, Paris.*) Journ. d'urol. Bd. 17, Nr. 1, S. 19—24. 1924.

Verf. steht auf dem Standpunkte, daß man, ehe man eine klinische Heilung als unbedingt sicher ansehen könne, eine genaue bakteriologische Untersuchung vornehmen müsse. Zu diesem Zwecke empfiehlt Verf. seinen Patienten, wenn nach genügender Behandlung der Gonorrhöe keine klinischen Symptome mehr nachweisbar sind, während 8 Tagen wie gewöhnlich zu leben, d. h. auch Alkohol und Bier zu trinken, evtl. zu reiten, Rad zu fahren oder andere anstrengende körperliche Übungen vorzunehmen, dagegen verbietet er auch mit Condom den Coitus. Nach Ablauf dieser 8 Tage nimmt Verf. nach vorheriger gründlicher Desinfektion der Glans, des Praeputiums und des Orificiums seine bakteriologischen Untersuchungen vor, indem er von dem ersten Urin, der das Urethalsekret herausspült und von der Blasenportion Kulturen aus dem steril aufgefangenen Sediment anlegt. Endlich werden noch Kulturen von dem Prostataexprimat und Spermakulturen angelegt. Auf diese Weise ist es möglich, einen noch vor-

handenen Krankheitsherd genau zu lokalisieren und zu behandeln. Lassen sich Gonokokken noch feststellen, so muß weiter behandelt werden, und zwar bevorzugt der Verf. ausschließlich die Diathermie. Nach einigen Sitzungen — nach seiner Ansicht genügen 3 oder 4 — werden die bakteriologischen Untersuchungen wiederholt. Sind auf der Kultur Staphylokokken angegangen, so sieht er hierin nur eine Abwehrmaßnahme des Organismus und steht auf dem Standpunkte, jungen Leuten, die große Aussicht haben, sich wieder zu infizieren, oder bei einem alten Ehemann die Heilung auszusprechen, dagegen nicht bei solchen, die im Begriffe sind, sich zu verheiraten, weil die junge Frau dann den günstigsten Nährboden bietet, um eine Infektion entstehen zu lassen. In solchen Fällen behandelt Verf. bis zum Verschwinden aller Bakterien. Die vom Verf. angegebene Technik ist zwar etwas mühselig, aber sie erscheint als der geeignete Weg zur Feststellung und Lokalisation eines noch bestehenden Krankheitsherdes bzw. zur Sicherung einer Heilung. *Erich Langer (Berlin).*

**Manoilow, E.: Über die chemische Reaktion des Blutes zur Bestimmung des Geschlechts beim Menschen und bei Tieren.** (*Bakteriol. Laborat. Klin. Reichsinst. f. Fortbildung d. Ärzte, Prof. G. Belanowsky.*) Wratschebnaja Gaseta Jg. 27, Nr. 15, S. 345. 1923. (Russisch.)

Die Bestimmung des Geschlechts steht im engen Zusammenhang mit den Hormonen der Geschlechtsdrüsen. Von den Hormonen hängt die den einzelnen Geschlechtern eigene Blutbeschaffenheit ab. Die im Blutkreislauf zirkulierenden Hormone sind Stoffe, die auf chemischem Wege nachgewiesen werden können und auf chemischem Wege sich differenzieren lassen. Die chemische Reaktion zur Bestimmung des Geschlechts hat schon Dewitz an Schmetterlingspuppen seinerzeit zuerst angewandt. Autor hat ebenfalls durch chemische Reaktion die Möglichkeit einer Differenzierung des Geschlechts nachgewiesen. Autor führt 3 eigene Modifikationen an, die in 70—96% positiv ausfallen.

I. Modifikation fällt in 70% positiv aus und wird mit folgenden 3 Reagenzien ausgeführt: 1.  $\frac{1}{2}\%$  Wasserstoffperoxydlösung; 2. 1% wässrige Lösung Ninhydrin 8,0 + 10% KOH-2,0; 3. 1% wässrige Lösung Methylviolett (1912). Alle diese Reagenzien werden ex tempore bereitet und wird dann die Reaktion folgendermaßen ausgeführt: Zu 2 ccm nicht erhitztem Blutserum wird zugefügt vom Reagens 13 Tropfen, vom Reag. 25—6 Tropf. und nach leichtem Schütteln vom Reag. 3 3 Tropfen, wonach die Mischung nun wiederum durchgeschüttelt und auf  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde abgestellt wird, wonach dann das Resultat abgelesen werden kann. Beim männlichen Blut kommt es dabei recht rasch zur Entfärbung, während das weibliche Blutserum sich gar nicht oder nur ganz leicht entfärbt. — Bei der II. Modifikation sind folgende Reagenzien nötig: 1. 1% wässr. Lösung Kalihpermangan, 2.  $\frac{1}{2}\%$  Wasserstoffperoxydlösung, 3. 40% wässr. Lösung KCl, 4. 1—2% wässr. Lösung Thiosinamin, 5. 10% wässr. Lösung KOH, 6. Methylviolett (1912) oder Dahlia (0,2%). Die Reaktion wird hier folgendermaßen ausgeführt: Zum Blutserum wird hinzugefügt vom Reag. 15 Tropfen, Reag. 23 Tropf., Reag. 33 Tropf., Reag. 45 Tropf., Reag. 53 Tropf., und wenn nötig vom Reag. 6 1 Tropfen. Nach Hinzufügen eines jeden Reagens muß die Mischung jedesmal durchgeschüttelt werden, wonach das Resultat sogleich abgelesen werden kann. Das männliche Blut wird hierbei viel stärker entfärbt als wie das weibliche. Diese Modifikation fällt in 70—80% positiv aus. — Bei der III. Modifikation bedient man sich folgender Reagenzien: 1. 1% wässrige Lösung Papayotinum-Merck (oder Trypsin, ev. Pepsin), 2. 1% wässr. Lösung Dahlia Methylviolett (1912) oder Kristall-violett, 3. 1% wässr. Lösung Kalipermangan, 4. 40% wässr. Lösung HCl und 5. 2% wässr. Lösung Thiosinamin. Die Reaktion wird folgendermaßen ausgeführt: Zu 2—3 ccm nicht erwärmter Erythrocytenemulsion fügt man hinzu vom Reag. 1 10 Tropfen, nach 1—2 Min. vom Reag. 2 3 Tropf., Reag. 3 10 Tropf., Reag. 4 3 Tropf. und Reag. 5 5 Tropf. Nach Zufügen des Reag. 4 und 5 jedesmal ordentlich die Mischung durchschütteln.

Diese Modifikation fiel in 86—96% positiv aus und wird vom Autor besonders warm empfohlen. Die Möglichkeit einer Geschlechtsbestimmung durch chemische Reaktion des Blutes kann für die gerichtliche Medizin ausgenutzt werden.

*V. Ackermann (Petersburg).*

**Manoilow, E.: Weitere Untersuchungen zur Bestimmung des Geschlechts bei Menschen, Tieren und Pflanzen. (2. Mitt.)** Wratschebnaja Gaseta Jg. 27, Nr. 21/22, S. 453—454. 1923. (Russisch.)

Autor will hier nur seine III. Modifikation der Bestimmung des Geschlechts durch chemische Reaktion des Blutes näher besprechen.

Diese Modifikation hat Autor bei 530 Proben vom männlichen und weiblichen Blut angestellt und in 86—96% positive Resultate erzielt. Zur Reaktion sind folgende Reagenzien nötig: 1. 1% wässerige Lösung von Papayotinum-Merck; 2. 1% alkoholische Lösung der Farbe Dahlia; 3. 1% wässerige Lösung von Kalihpermangan, 4. 40% HCl; 5. 2% Thiosinamin. Statt Papayotin kann auch Pepsin oder Trypsin verwendet werden. Die Reaktion wird folgendermaßen ausgeführt: Zu 3 ccm einer 10—30 proz. Erythrocytenemulsion werden zugesetzt vom Reagens 1 10 Tropfen, nach 1—2 Minuten fügt man noch 3 Tropfen vom Reag. 2, dann 10 Tropfen vom Reag. 3 hinzu, wonach die Mischung vorsichtig durchgeschüttelt wird und zuletzt fügt man noch 3 Tropfen vom Reag. 4 und 5 Tropfen vom Reag. 5 dazu. Nach Hinzufügen der 4. und 5. Reagenzien muß die Mischung ordentlich durchgeschüttelt werden. — Bei der Ausführung obenerwähnter Reaktion mit dem Blute von Kühen, die an einem Foetus männlichen Geschlechts gravide waren, fiel dieselbe wenig charakteristisch für das weibliche Geschlecht aus, welcher Umstand den Autor auf den Gedanken lenkte, daß auf demselben chemischen Wege die Bestimmung des Geschlechts auch beim Kinde noch vor seiner Geburt möglich wäre. Dabei muß jedoch die obenbeschriebene Reaktion etwas modifiziert werden: nach dem Reagens 2 nämlich werden 5—6 Tropfen Aesculin-Merck (1% wässerige Lösung) hinzugefügt, wonach weiter bei der Ausführung der Reaktion wie oben beschrieben vorgegangen wird. Autor hatte Gelegenheit in 436 Fällen das Blut aus dem Nabel zu untersuchen und in 88,1% fiel die Reaktion dabei positiv aus. Entsprechende Untersuchungen bei Schwangeren werden vom Autor unternommen und die Resultate veröffentlicht werden. — Die obenbeschriebene Reaktion zur Bestimmung des Geschlechts kann auch zu gerichtlich-medizinischen Zwecken ausgenutzt werden. Zu diesem Zweck zerkleinerte Autor 10—15 g Fleisch von Kühen oder Ochsen und versetzte es in Kolben mit 25—30 ccm einer Flüssigkeit, welche bereitet wurde aus 50 ccm 1% wäss. Lösung Natr. citrici (P. D.), 75 ccm NaCl (physiolog. Lösung) und 10 Tropfen 10% Lösung KOH. Die Mischung wurde 1—2 St. bei Zimmertemperatur stehengelassen und danach die Reaktion nach der obenbeschriebenen Weise ausgeführt, wobei zu 3 ccm der Flüssigkeit aus der Kolbe die obenerwähnten 5 Reagenzien zugesetzt wurden. — Autor stellte ebenfalls Versuche an mit Tampons oder Material, das während der Operation mit Blut benetzt worden war und jedesmal erhielt er richtige Resultate.

Nach Ansicht des Autors wird die spezielle Substanz, die im Blute kreist und die typische Reaktion ergibt und somit das Geschlecht bestimmt, aller Wahrscheinlichkeit nach nicht nur in den Geschlechtsdrüsen, sondern auch in anderen endokrinen Drüsen oder sogar in bestimmten Zellgruppen, ja Organen produziert. Obenbeschriebene Reaktion kann folgendermaßen erklärt werden: 1. Durch das Vorhandensein im männlichen Blut gewisser Stoffe, die leicht oxydiert werden, in größeren Mengen als wie im weiblichen Blut; 2. durch die Abhängigkeit der Reaktion von fermentativen Prozessen; 3. die Reaktion hängt ab vom Hämoglobin des männlichen und weiblichen Blutes. Augenblicklich beschäftigt sich Autor speziell mit der Untersuchung des reinen Hämoglobins sowohl vom männlichen als auch vom weiblichen Blut, was vielleicht den Chemismus und Mechanismus der Reaktion erklären können wird. *V. Ackermann.*

**Jegoroff, M.: Zur Reaktion nach Manoilow mit dem Menschenblut. (Chirurg. Klin., Prof. A. Martynoff, I. Reichsuniv., Moskau.) Wratschebnaja Gaseta Jg. 27, Nr. 24, S. 516—517. 1923. (Russisch).**

Die von Manoilow empfohlene Reaktion des Blutes zur Bestimmung des Geschlechts wurde vom Autor einer Kontrolle unterzogen, wobei alle Versuche nach den Regeln der von Manoilow selbst angegebenen III. Modifikation angestellt wurden. Bei der Ausführung der Reaktion an 16 ersten Blutproben erhielt Autor in 10 Fällen ein positives und 6 Fällen ein negatives Resultat. Bei der weiteren Untersuchung (von Melichoff angestellt) erwies es sich, daß die Mischung aller von Manoilow angegebenen Reagenzien, in entsprechender Proportion gemischt, jedoch ohne Hinzufügen von Blut, an und für sich selbst schon eine völlige Entfärbung ergibt. Somit muß also die Reaktion nach Manoilow in dem Sinne gedeutet werden, daß das männliche Blut auf die bei der Mischung der Reagenzien in entsprechender Proportion zustande kommende Entfärbung keine Wirkung ausübt, während das weibliche Blut diesen Entfärbungsprozeß mehr oder weniger hemmt. Weiter erwies es sich, daß die Reaktion der Entfärbung der Flüssigkeit von der Menge des zur Mischung von Reagenzien zugefügten Blutes abhängig ist, d. h. die Entfärbung wurde, unabhängig vom Geschlecht, um so mehr gehemmt, je größere Mengen Blut der Mischung zugefügt

wurden. Somit wird nun der Beweis geliefert, daß die Hemmung der Entfärbung sowohl vom männlichen als auch vom weiblichen Blut ausgehen kann, und zwar ist sie ausschließlich von der zugefügten Blutmenge abhängig. Die Entfärbungsgrenze, d. h. die geringste Menge Blutes, die bei dem Hinzufügen zur Mischung die Entfärbung nicht mehr hemmt, ist bei beiden Geschletern gleich hoch. Auf Grund seiner obenerwähnten Kontrolluntersuchungen kommt Autor zur Schlußfolgerung, daß die Reaktion nach Manoilow völlig unbrauchbar zur Bestimmung des Geschlechts erscheint. *V. Ackermann.*

**Manoilow, E.: Zum Aufsatz M. Jegoroffs „Über die Reaktion nach Manoilow mit Menschenblut“.** *Wratschebnaja Gaseta* Jg. 28, Nr. 1, S. 15—16. 1924. (Russisch.)

Die Unterschiede der erhaltenen Resultate erklären sich durch die von beiden Autoren bei der Ausführung der Reaktion verschiedenartig angewandte Technik. Jegoroff arbeitete mit Pepsin-Langenbeck, während Autor hauptsächlich das Papayotinum-Merck benutzte und zugleich auch das Pepsin und Trypsin-Merck im parallelen Versuch anzuwenden empfahl, wobei das Resultat, nach gleichem Ausfall in 2 von den 3 Reagensröhren mit Fermenten, abgelesen werden soll. Das männliche Hormon vom weiblichen aus dem Blute vollständig zu isolieren ist unmöglich, da in jedem Organismus eine Bisexualität herrscht. Mit seinen Forschungen verfolgte Autor nicht das Ziel einer Isolierung der Hormone, sondern eine mehr praktische Aufgabe — das männliche Blut vom weiblichen unterscheiden zu können. Der geringe Prozentgehalt der positiven Resultate Jegoroffs erklärt sich durch eine zu geringe Anzahl der von ihm angestellten Proben, während doch Autor seine Untersuchungen an 3000 Blutproben angestellt hatte. Auch arbeitete Jegoroff mit in Aqua destillata hämolyisiertem Blut, während der Autor eine physiologische Lösung für das Blut empfahl. Damit bei der Ausführung der Reaktion stets eine gewisse beständige Proportion zwischen der Blutmenge und der Menge der einzelnen Reagentien eingehalten wird, soll vorher immer eine Standardemulsion des Blutes aufgestellt werden, nach welcher die zur Untersuchung zubereitenden Blutemulsionen sich richten müssen. Außerdem soll bei zweifelhaften Resultaten durch Hinzufügen von 5—10 und mehr Tropfen einer 1 proz. Kalipermanganlösung zur entsprechenden zweifelhaften Probe eine Korrektur und durch Hinzufügen derselben Lösung zur Blutemulsion des entgegengesetzten Geschlechts eine Kontrolle angestellt werden. — Auf Grund seiner Untersuchungen ist Autor zur Versicherung gekommen, daß zur Erhaltung richtiger Resultate am geeigneten eine 12 proz. Blutemulsion erscheint, wobei das Blut frisch sein muß. Der Prozentgehalt des Hämoglobins, sowie die Erythrocytenzahl und Erythrocytenfüllung üben auf den Ausfall des Resultats der Reaktion eine besondere Wirkung aus, was Autor auf Grund seiner mit dialysiertem Blut angestellten Untersuchungen an 18 Blutproben nachweisen konnte.

*V. Ackermann* (St. Petersburg).

#### *Kunstfehler. Ärzterecht.*

**Darier, A.: Cas de mort à la suite d'injection de lait.** (Ein Todesfall nach Milchinjektion.) *Clin. opht.* Jg. 28, Nr. 2, S. 72—75. 1924.

Darier glaubt nicht, daß die nach intramuskulären Milchinjektionen beobachteten schweren Zufälle darauf zurückzuführen sind, daß die injizierte Milch versehentlich in eine Vene geraten ist, sondern sieht sie als Zeichen anaphylaktischen Schocks an. Er bringt die ihm von anderer Seite zugegangene Mitteilung eines Falles, der wegen Hypopyonkeratitis eine intraglutiäle Milchinjektion (4 ccm) erhalten hatte, nach 4 St. bereits über starke Schmerzen an der Injektionsstelle klagte, nach 10 St. Atemnot, Fieber (38,4), kleinen, stark beschleunigten Puls zeigte. Trotz aller Bemühungen, besonders die Herzkräft zu heben, starb der Kranke etwa 24 St. nach der Injektion, während das Augenleiden günstig beeinflußt worden war. Sektion wurde nicht gemacht. D. glaubt, daß sie auch im vorliegenden Falle irgendeine anderweitige Komplikation als wirkliche Todesursache aufgedeckt hätte. *F. Jendralski.*

**Terrien, F.: Les accidents oculaires tardifs de la rachi-anesthésie.** (Spätere Augenstörungen nach Lumbalanästhesie.) *Bull. méd.* Jg. 37, Nr. 6, S. 147—149. 1923.

Mitteilung eines Falles von doppelseitiger Abducenslähmung nach Lumbalanästhesie, am 8. Tage auftretend, nach 3 Monaten restlos ausheilend. Wassermann negativ, aber 2 Fehlgeburten, weshalb antiluetische Kur. Bericht über ähnliche Fälle von Hirnnervenlähmungen, charakterisiert durch spätes Auftreten und fast immer nach Monaten eintretende Spontanheilung. Neben sehr seltenen Störungen des Opticus, Oculomotorius, Trochlearis, Acusticus fast immer Erkrankung des Abducens, für die kein rechter Grund einzusehen ist, da Zartheit und Verlauf des Trochlearis mindestens ebenso ungünstig sind. Es wird fast auf 100 Lumbalanästhesien 1 Fall von Abducenslähmung berechnet. Verf. nimmt eine schleichende, chemisch bedingte Meningitis als Ursache an. Auffallend oft werden Syphilitische befallen. *v. Schubert* (Berlin).

**Pfanner, W.: Zufälle bei und nach der Kropfoperation.** (*Chirurg. Univ.-Klin., Innsbruck.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 71, Nr. 6, S. 175—176. 1924.

Nachblutung nach Kropfoperation ist ein Mißgeschick, was auch bei dem gewissenhaftesten und geschicktesten Operateur nicht ausgeschlossen ist. Die Nachblutungen können verschiedene Ursachen haben, entweder das Abgleiten einer Ligatur, dann das Einreißen brüchiger Venenwände an der Abbindungsstelle, und wiederkehrende Blutung aus kleinen Ästen, die bei der Operation nicht bluteten. Gefährlich sind in dieser Hinsicht alle postoperativen Erhöhungen des venösen Druckes beim Räuspern, Husten, Erbrechen. Dabei kann sich eine Ligatur lockern, eine brüchige Vene bersten, ein nichtligiertes Venenlumen klaffen. Zudem besteht noch bei alten Kröpfen oft eine die Brüchigkeit erhöhende Phlebosklerose. Auch Einlegen eines Drains kann das Entstehen eines Hämatoms nicht verhindern. Der Blutverlust an sich ist unbedeutend, die Art der Ausbreitung und die dadurch bedingte Atemstörung durch Druck auf die Trachea werden gefährlich. Manchmal breitet sich das Blut im hinteren Mediastinum bis auf das Zwerchfell aus, es wird nach Auffassung des Verf. inspiratorisch in den Thorax angesaugt. Dieser Blutkuchen, der hinter der Trachea liegt, wird bei der mit der Exspiration einhergehenden Verkleinerung des Thorax in die Hinterwand der Luftröhre eingebuckelt und so gibt es eine als exspiratorische Ventilatmung zu bezeichnende Atemstörung. Diese kann zum Emphysem, ja zum Pneumothorax führen. Klinisch macht sich der Blutverlust nicht bemerkbar, dagegen wird die Ausatmung verlängert, das Inspirium auffallend vertieft und verlangsamt, Unruhe und Angstgefühl befallen den Kranken, die Lunge zeigt zunehmende Blähung, der Puls wird auffallend klein und frequent, Herzmittel bleiben wirkungslos; unerwartet rasch kann der Tod eintreten. Praktisch ergibt sich daraus, daß man bei auffallender Atemänderung nach Strumektomien nicht zögern soll, eine Wundrevision vorzunehmen. Nicht unwichtig ist ferner die allerdings seltene postoperative Luftembolie. Zweimal kam es durch Hustenstöße wenige Stunden nach der Operation zu einer mäßigen Blutung und im Anschluß daran zur Luftembolie (Mühlengeräusch). Sofortige Tieflagerung des Oberkörpers, Eröffnung der Wunde unter Kochsalzberieselung mit folgender Tamponade führten beide Male zur Heilung. *A.W. Fischer* (Frankfurt a. M.).

**White, Clifford: Instruments left in the peritoneal cavity: The effects and results of this accident as shown by an analysis of 44 hitherto unpublished cases.** (In der Bauchhöhle zurückgelassene Instrumente: Die Folgen und Ausgänge solcher Unfälle, an 44 bisher unveröffentlichten Fällen erläutert.) *Journ. of obstetr. a. gynaecol. of the Brit Empire* Bd. 30, Nr. 4, S. 601—610. 1923.

Die Anregung zu dieser Arbeit boten 2 Operationen. Bei der ersten wurde eine Arterienklemme aus einem Beckenabsceß zutage gefördert, der in den Uterus durchgebrochen war, so daß die Spitze des Instruments im äußeren Muttermund kurz vor der Operation hatte entdeckt werden können, nachdem dasselbe 19 Jahre lang seiner Trägerin, einer 50jähr. Frau, Unterleibbeschwerden unbestimmter Art verursacht und  $1\frac{1}{2}$  Jahre vordem eine ergebnislose Probelaporatomie veranlaßt hatte. Bei der zweiten Operation fand sich ein knöcherner Federhalter vom Omentum umhüllt in der Bauchhöhle, der  $3\frac{1}{2}$  Tage vorher durch die Vagina eingeführt und darin verschwunden war. Hier verlief die Operation glatt, während der erste Fall zum exitus kam.

Eine Rundfrage bei den Chirurgen der größeren englischen Hospitäler hatte ein Ergebnis von 40 Fällen aus den letzten 15 Jahren. Als Abhilfe wird die Verwendung einer möglichst geringen Zahl langer Instrumente und möglichst großer Tampons empfohlen.

*Karl Reuter* (Hamburg).

**Bouchacourt, L.: Dans l'état actuel de nos connaissances et de nos installations radiologiques, peut-on incriminer un chirurgien, s'il commet une erreur de diagnostic en opérant une grossesse qu'il a prise pour un fibrome, et peut-on lui faire un grief de n'avoir pas eu recours à un examen radiologique préalable?** *Arch. d'élect. méd.* Jg. 31, Nr. 493, S. 85—88. 1923.

Verf. erörtert die Frage, ob ein Chirurg verantwortlich zu machen ist, wenn er infolge eines diagnostischen Irrtums eine Schwangerschaft operiert, die er für ein

Fibrom gehalten hat, und ob man ihm daraus einen Vorwurf machen kann, daß er es unterlassen hat, vorher eine Röntgenuntersuchung vorzunehmen. Er verneint die Frage mit dem Hinweis, daß es nicht immer gelingt, mit Hilfe der Röntgenstrahlen die Schwangerschaft nachzuweisen. Selbst bei völlig zuverlässiger Röntgenaufnahme kann es nicht immer gelingen, das Skelett des Foetus auf die Platte zu bekommen.

Ziemke (Kiel).

**X-ray and radium protection committee.** (Bericht der Kommission für den Schutz gegen X- und Radiumstrahlen.) Brit. journ. of radiol. Bd. 29, Nr. 282, S. 19—26. 1924.

Die von der Kommission empfohlenen Schutzmaßnahmen betreffen die oberflächlichen und tiefgehenden Gewebsschädigungen sowie die Veränderungen des Blutes. Danach hat die Leitung von Röntgen- und Radium-Laboratorien für ausreichenden Schutz des Laborantenpersonals unter folgenden allgemeinen Bedingungen zu sorgen: 1. 7stündige Arbeitszeit; 2. Sonntag und 2 halbe Wochentage arbeitsfrei bei möglichst ausgedehntem Aufenthalt im Freien; 3. Jahresurlaub von 4 Wochen. Besondere Vorschriften, Röntgendiagnostik: Lampenschutz, so vollständig wie möglich durch eine Umhüllung, welche einer 2-mm-Bleischicht entspricht; für die Blende 3 mm. Die letztere soll völlig verschließbar sein. Bei einer Spannung von weniger als 70 000 Volt genügt schon ein Schutz entsprechend 1,5 bzw. 2 mm Blei. Der Beleuchtungsschirm soll mit einer fehlerfreien Bleiglasplatte (entsprechend einer 2 mm-Bleischicht) von der Ausdehnung der bei weitester Blende vorhandenen Beleuchtungsfläche versehen sein (bei transportablen Schirmen genügt 1 mm). Ein fahrbaren Schirm (2-mm Blei) soll außerdem den Operateur vor abirrenden Strahlen schützen ebenso, wie die bei horizontaler bzw. vertikaler Durchleuchtung entsprechend angewandten Schurzfelle, Schutzdecken oder Seitenwände von 1 mm Blei. Handschuhe aus Bleigummi müssen Finger und Handgelenk sowie Handfläche und Rücken schützen und ebenso wie die Gläser der Schutzbrille  $\frac{1}{2}$  mm Blei entsprechen. Die Bestrahlungsarbeit ist stets so schnell wie möglich durchzuführen. In ähnlichen Grenzen, welche als Mindestforderungen anzusehen sind, bewegen sich die für die Oberflächentherapie (bis 100 000 Volt) empfohlenen Maßnahmen. Bei der Tiefentherapie (über 100 000 Volt) soll ein Schutzmaterial verwandt werden, welches mindestens 3 mm Blei entspricht. Im übrigen wird sorgfältigste Isolierung der Apparatur und bestmöglichste Lüftung der Räumlichkeiten verlangt. Bei der Radiumtherapie darf die wirksame Substanz (bis zu 1 g) nur mit hölzernen Zangen usw. erfaßt und in Bleikästen von 1 cm Wanddicke mit langgestieltem Handgriff transportiert werden. Das nicht benutzte Radium ist in einem Behälter, dessen Wandisolierung einer Bleischicht von 8 cm entspricht, aufzuheben. Im übrigen wird den Radiumemanationen gegenüber äußerste Vorsicht anempfohlen (Gummihandschuhe, elektrische Zimmerserventilation). Zum Schluß wird vorgeschlagen, die Einrichtungen der verschiedenen Röntgen- und Radium-Laboratorien jährlich einmal durch das Physikalische Staatslaboratorium Teddington auf Grund der vorgeschlagenen Richtlinien prüfen und alle 3 Monate eine Blutuntersuchung am Personal vornehmen zu lassen.

Reuter (Hamburg).

#### *Spurenennachweis. Leichenerscheinungen.*

**Lattes, Leone:** *Quanti sono i gruppi sanguigni?* (Wieviel Blutgruppen gibt es?) (Istit. di med. leg., univ., Modena.) Polyclinico, sez. prat. Jg. 31, H. 3, S. 75—81. 1924.

Seit Jansky und Moss, Landsteiner nimmt man das Vorhandensein von 4 menschlichen Blutgruppen an. Fehler der Technik täuschten Vorschütz eine 5. Gruppe vor, deren Serum sämtliche Blutkörperchen agglutinierte. Auch andere Beobachtungen stimmten mit der Gruppeneinteilung nicht überein, so behielt ein durch Blutkörperchen einer bestimmten Gruppe absorbiertes Serum noch agglutinierende Kraft für Blutkörperchen derselben Gruppe (eine nicht so seltene Beobachtung. Ref!). Reaktionserscheinungen bei Bluttransfusionen, wo anscheinend Blut des Spenders und Empfängers derselben Gruppe angehörte und daher eine Reaktion nicht zu erwarten war, sollen gleichfalls dafür sprechen, daß es mehr als 4 Blutgruppen gibt. Guthri und Huck wollen außer den vorhandenen 2 Isoagglutininen und Agglutinogenen noch ein drittes Agglutinin und Agglutinogen gefunden haben. Danach wären theoretisch statt 4 27 Blutgruppen möglich. Lattes hält diese neuen Gruppen nur für Untergruppen der 4 klassischen Blutgruppen. Es gäbe danach noch ein Agglutinin  $\gamma$  und ein Agglutinogen C. Zum Teil handelt es sich um Beobachtungen von schaibarer „Autoagglutination“, bei denen keine Absorption, keine Fixation der gegen die Blutkörperchen wirksamen Substanzen stattfindet, die nur eine stärkere Geldrollenbildung ist als gewöhnlich. Tatsächlich beobachtet scheinen 8 Blutgruppen zu sein, von

denen enthalten Agglutinogene = agglutinable Substanzen der roten Blutkörperchen Gruppe I O, II C (bisher I), III A, IV AC (bisher II), V B, VI BC (bisher III), VII AB, VIII ABC (bisher IV). Tatsächlich sind die neuen Gruppen derart selten, daß sie wohl theoretisch, aber nicht praktisch von Bedeutung sind. Für die gerichtlich medizinische Untersuchung von Blutflecken genügt die Einteilung nach den 4 Blutgruppen.

G. Strassmann (Berlin).

**Kabrhel, G., und M. Kredba: Abnahme der hämolytischen Wirkung des Serums immunisierter Tiere.** Časopis lékařův českých Jg. 62, Nr. 22, S. 585—589 u. Nr. 23, S. 621—624. 1923. (Tschechisch.)

Die Untersuchungen befassen sich mit der Frage, in welcher Weise die hämolytische Fähigkeit eines Antiserums sich im Verlaufe der Zeit ändert. Die Bestimmung des Grades der hämolytischen Fähigkeit erfolgte durch Ermittelung des Amboceptorentiters in verschiedenen Zeiten während und nach der Immunisierung. Die einzelnen festgestellten Werte des Titers wurden auf der Koordinate eines Koordinatensystems eingetragen, die Zeit der Entnahme auf der Abszisse. Da bei Verwendung einer konstant bleibenden Einheit für die Länge bei der Eintragung des Titerwertes eine graphische Darstellung infolge der großen Zahlenunterschiede unmöglich würde, erfolgte die Eintragung in der Weise, daß z. B. ein Sinken des Amboceptorentiters von 0,5 auf 0,4 durch die gleiche Länge zum Ausdruck gebracht wurde, wie ein Sinken des Titers von 0,05 auf 0,04 und 0,005 auf 0,004. Als Zeiteinheit erwies sich am zweckmäßigsten der Zeitraum von 3 Tagen. Dieses Koordinatensystem wurde von den Verf. „verändertes Koordinatensystem“ genannt. Die Bestimmung des Titers erfolgte in mehr-tägigen Intervallen. Es zeigte sich, daß die hämolytische Fähigkeit nach der Injektion von roten Blutkörperchen sehr rasch ansteigt und nach etwa 12 Tagen das Maximum erreicht; die Abnahme erfolgt langsamer. Das weitere Studium der Abfallkurve nach der in der analytischen Geometrie allgemein gültigen Regel führte zu der Erkenntnis, daß die Veränderungen des hämolytischen Titers bei Abnahme der hämolytischen Fähigkeit sich in einer Gesetzmäßigkeit vollzieht, die zum Ausdruck gebracht werden, kann durch die Gleichung  $y = a + b \cdot x^n$ , wobei in den Versuchen der Exponent  $n$  3 oder 1 betrug.

Marx (Prag).

**Manteufel, P., und Y. Tomioka: Über die Benutzung von Fleisch an Stelle von Serum als Antigen bei der Herstellung von präcipitierenden Antiseren für die biologische Nahrungsmitteluntersuchung.** (Reichsgesundheitsamt, Berlin.) Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., Abt. I, Orig., Bd. 91, H. 5, S. 317—323. 1924.

Verff. empfehlen bei Herstellung von präcipitierenden Antiseren die von W. A. Schmidt angegebene Verwendung von Fleischauszügen statt von Blutserum. Die gewonnenen Fleischantisera reagieren im Präcipitationsversuch gewöhnlich mit den entsprechenden Blutseren in ausreichendem Maße. Für die biologische Nahrungsmitteluntersuchung eignen sich Fleischantisera besser als Serum-Antisera, jedoch muß auch dieses Verfahren der Immunisierung mit filtriertem Fleischwasser vor allem wegen der zurzeit hohen Kosten für Kaninchen, die nach wiederholten Einspritzungen solcher Filtrate Gesundheitsstörungen und schlechte Antikörperbildung aufweisen, für den täglichen Gebrauch als wenig geeignet bezeichnet werden. Dazu kommt noch, daß diese Fleischwasser-Antisera nach den Beobachtungen von Forssman mehr zur Bildung heterologer Trübungen neigen. Bemühungen, möglichst hochwertige und spezifische Antisera zu gewinnen, haben nach Fujiwara gezeigt, daß die Präcipitogene des Blutserums Erhitzung auf über 70° vertragen, und daß mit solchem kochkoagulierten Serum-eiweiß hochwirksame Präcipitine erhalten werden können, die auf heterologes Eiweiß fast gar nicht übergreifen. Leider scheint die Verwendung auch dieses Antigens in der Praxis beschränkt zu sein, da die intravenösen Einspritzungen häufig Thrombosierung der Venen im Gefolge haben. Auf Grund der von verschiedenen Forschern erhobenen Tatsache, daß die Organrezeptoren, die nach Forssman zur Bildung der „heterogenetischen“ Amboceptoren Veranlassung geben, durch Alkohol aus dem Organeiweiß ausgezogen werden können, wird von Verff. an Stelle des wässrigen Auszuges ein mit Alkohol gefällter Niederschlag aus Fleischwasser empfohlen. In Änderung des Verfahrens von Tsukasaki benutzten Manteufel und Tomioka gehacktes Fleisch, das mit destilliertem und zur Neutralisierung der Fleischmilchsäure in je 1 1 5 mg Magnesiumoxyd enthaltendem Wasser ausgezogen wird. Nach Abfiltrieren des wässrigen Auszuges von der Fleischmasse wird durch Fällung mit 96 proz. Alkohol ein Niederschlag gewonnen, der in getrocknetem Zustande aufbewahrt, zwecks Ein-

spritzung mit isotonischer Kochsalzlösung in feiner Aufschwemmung zerrieben zur Verwendung gelangt. Nach den Erfahrungen der Verff. konnten nach 5—10 maliger Einspritzung in Abständen von je 2—3 Tagen hochwertige Antisera gewonnen werden. Aus diesem Grunde und wegen des Vorzuges der Haltbarkeit sowie der geringeren Neigung zu unspezifischer Nebenpräcipitation scheinen die mit Alkoholpräcipitaten hergestellten Eiweiß-Antisera den mit kochkoaguliertem Eiweiß als Antigen gewonnenen überlegen zu sein. Nach Angaben von Tsukasaki besteht die Möglichkeit, daß die durch Alkohol-Eiweißpräcipitation hergestellten Antisera auch hinsichtlich der Verwandtschaftsreaktionen ein spezifischeres Verhalten zeigen würden. Die Beobachtungen der Verff., die sich vorerst nur auf je 3 Rind- und Hirschfleisch-Antisera erstrecken, haben in dieser Hinsicht keine Bestätigung erbracht, weshalb die Spezifität dieser Antisera bezüglich der Verwandtschaftsreaktionen noch weiterer Untersuchungen bedarf.

*Lindinger* (Innsbruck).

**Müller-Hess: Das Problem der Totenstarre.** Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Jg. 14, H. 9, S. 22—29. 1923.

Müller-Hess gibt eine Übersicht über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse von der Totenstarre in gerichtlich-medizinischer Hinsicht. Er stützt sich dabei vorwiegend auf die in dieser Zeitschrift erschienenen Abhandlungen von Winterstein, Meixner, Lochte und Baumann. Interessant ist eine Beobachtung, die M.-H. 6 Stunden nach einem Chlorgasangriff bei Ypern machte. Er fand 4 Soldaten in erstarrrter Stellung, einen in Sprungstellung, 2 in Bedienungsstellung des Geschützes und einen beim Abfeuern begriffen.

*Lochte* (Göttingen).

**Bianchini, Giuseppe: La distribuzione degli elementi morfologici del sangue nei vasi del cadavere. Contributo allo studio dell'ipostasi cadavERICA.** (Die Verteilung der körperlichen Bestandteile des Blutes in den Gefäßen der Leiche.) (*Istit. di med. leg., univ., Siena.*) Atti d. r. accad. dei fisiocrit. in Siena Bd. 14, Nr. 5/6, S. 341—368. 1923.

Anknüpfend an Untersuchungen über den Blutplättchengehalt des Blutes bei der Erstickung und an die Beobachtung, daß in den Lungen erstickter Tiere die Haargefäße nie und da ausschließlich von Blutplättchen erfüllt waren, stellte Verf. lange Versuchsreihen an. Er schnitt doppelt unterbundene Stücke der Drosselblutader von Tieren aus und härtete sie rasch in Methylalkohol und untersuchte an Schnitten. Dabei fand er im Blute 4 Arten von blutplättchenähnlichen Gebilden: 1. eosinophil ungekörnt, 2. eosinophil, basophil gekörnt, 3. basophil ungekörnt, 4. basophil schwach basophil gekörnt. Füllte er frisch ausgeschnittene Gefäße bloß mit frisch gewaschenen Blutkörperchen, so konnte er nur die Plättchen der 1. Gruppe finden, die er aus den roten Blutkörperchen entstehen läßt. Füllte er Gefäße mit Serum oder mit Plasma und härtete, so fand er keine blutkörperchenähnlichen Gebilde. Führte er seinen Grundversuch an Tieren aus, die mit Antiblutplättchenserum vorbehandelt waren, so fand er nur die Plättchen der Gruppe 1. Er folgert daraus, daß die Gebilde der Gruppen 2, 3 und 4 von der Regel abweichende Blutplättchen sind. Für eine Beziehung von Gruppe 1 zu den anderen im Sinne einer fortschreitenden Entwicklung fand er keinen Beleg. In weiteren Versuchen härtete er ausgeschnittene Stücke der Drosselblutader teils sofort, teils nachdem er sie zunächst verschieden lange, von  $1/2$  Stunde bis zu einer Woche, bei Zimmerwärme, bei 0 Grad und bei 37 Grad in feuchter Kammer gehalten hatte. Die Schnitte zeigten zunächst scheinbar regellos bald nur rote Blutkörperchen, bald hauptsächlich Blutplättchen mit oder ohne weiße Blutkörperchen. Allmählich kam er darauf, daß dies nur mit der Abschichtung der roten Blutkörperchen und mit der Schnittführung zusammenhänge. Unter seinen Versuchstieren erfolgte die Abschichtung am raschesten bei der Katze, dann beim Hund, Kaninchen und am langsamsten beim Meerschweinchen; bei erwachsenen Katzen rascher als bei jungen. Er nahm dann aus Lungen oder Leber von Tieren, die er langsam erstickte, erst noch während des Lebens, dann zu verschiedenen Zeiten nach dem Tode Stückchen aus zuhöchst und zutiefst gelegenen Gebieten heraus. Schon 2 St. nach dem Tode fand er in Schnitten aus den oberen Bezirken Haufen von Blutplättchen in den Gefäßen. Um die Härtung möglichst zu beschleunigen, goß er dem lebenden Tier gleichzeitig in die Luftröhre und in die Brusthöhle Methylalkohol ein. In diesem Falle fand er Blutplättchen nur sehr spärlich in dem bekannten Mengenverhältnis gleichmäßig zwischen den roten Blutkörperchen verstreut.

Die Blutplättchen bilden sich also nicht an Ort und Stelle aus anderen Bestandteilen des Blutes. Ihr gehäuftes Auftreten hängt lediglich mit der Abschichtung der roten Blutkörperchen, deren Geschwindigkeit mit der Tierart, dem Alter und besonderen Zuständen wechselt, zusammen. Neben der Abschichtung des gesamten Blutes in der Leiche, bei der außer der Schwere noch die Zusammenziehung der Gefäße nach dem Tode mitwirkt, ist die Abschichtung der körperlichen Bestandteile im Blute selbst zu beachten. Die Blutplättchen häufen sich wie im Proberöhrchen hauptsächlich

in dem in den einzelnen Gefäßabschnitten überstehenden Plasma an. Die wechselnden Bilder sind nur eine Folge der wechselnden Verbindungen zwischen den verschiedenen Gefäßbezirken.

*Meixner* (Wien).

**Beaudouin, H., et J. Raynier: De la réglementation des autopsies dans les asiles.**  
(Über die Regelung der Sektionen in den Asylen.) Ann. méd.-psychol. Jg. 82, Nr. 2, S. 113—122. 1924.

Es besteht die Vorschrift, daß in Asylen die Obduktion Verstorbener nicht vorgenommen werden darf, falls die Angehörigen, die von dem Tode zu benachrichtigen sind, Widerspruch erheben; die Sektionen soll der Direktor oder sein Vertreter selbst vornehmen und unmittelbar ein Protokoll darüber diktieren. Die Sektion kann stattfinden auf den Wunsch des Verstorbener oder seiner Angehörigen, auf Ersuchen der Justiz- oder Verwaltungsbehörden, nach dem Ermessen des Arztes im wissenschaftlichen Interesse. Die Sektion darf erst 24 St. p. m. erfolgen, wenn innerhalb dieser Zeit kein schriftlicher Einspruch der Angehörigen erfolgt ist, die telegraphisch von dem Tode in Kenntnis zu setzen sind. In keinem Fall darf eine Leiche sezieren werden, die Gegenstand gerichtlichen Einschreitens werden kann oder geworden ist. (Diese letzte Vorschrift des Seinepräfekten vom 28. Juni 1904 sollte auch für Deutschland allgemein Geltung haben; solche Leichen sollen den Gerichtsärzten bleiben. Ref.) *G. Strassmann*.

**Piga, Antonio, und Manuel P. de Petinto: Ein interessanter gerichtlich-medizinischer Fall.** Progr. de la clin. Bd. 27, Nr. 1, S. 3—21. 1924. (Spanisch.)

In einem Schutthaufen wurden Knochenreste gefunden, die einen rechten und linken Fuß und eine linke Hand darzustellen schienen. Die Haut war teilweise mumifiziert, auch fehlten einige Knöchelchen. Auf den ersten Blick konnte man die Reste als von einem Menschen herrührend ansehen. Die radiologische Untersuchung ergab jedoch, daß sie tierischer Herkunft waren, und zwar dem in den Pyrenäen vorkommenden braunen Bären, Ursus Arctos L., angehörten, der von den herumziehenden Leuten gezähmt und gezeigt zu werden pflegt. Diese Diagnose wurde auch durch die genaue Präparation der Reste und Vergleichung mit dem Skelett des genannten Bären bestätigt.

*Ganter* (Wormditt).

**Walter, F. K.: Zur Technik der Nervenzellfärbung.** (Psychiatr. u. Nervenklin., Rostock-Geilsheim.) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 88, H. 1/3, S. 156. 1924.

Verf. färbt mit basischen Anilinfarbstoffen (nach Nissl) Paraffinschnitte, und zwar werden die Schnitte vor der Färbung unaufgeklebt durch Xylol vom Paraffin befreit. Die bekannten Schrumpfungen bei der Paraffintechnik fehlen bei diesem Vorgehen; sie werden nicht durch die Paraffineinbettung, sondern durch das gewöhnlich gehandhabte Aufkleben und Trocknen der Schnitte bedingt.

*Spatz* (München).<sup>o</sup>

#### *Versicherungsrechtliche Medizin.*

**Horn, Paul: Neuere Arbeiten aus dem Gebiet der versicherungsrechtlichen und Unfallmedizin.** Med. Klinik Jg. 20, Nr. 1, S. 21—23 u. Nr. 2, S. 56—59. 1924.

Eignet sich wegen der Vielgestaltigkeit des Besprochenen nicht zu einem Referat. Die reichhaltige Übersicht ist einzusehen.

*Vorkastner* (Greifswald).

**Albisser, J.: Die Abgrenzung der Versicherungskassenansprüche von denjenigen aus Militär- und Unfallversicherung.** Schweiz. Zeitschr. f. Unfallkunde Jg. 18, Nr. 2, S. 25—30. 1924.

Die in der „Versicherungskasse für die eidgenössischen Beamten, Angestellten und Arbeiter“ und die in der „Pensions- und Hilfskasse für das Personal der schweizerischen Bundesbahnen“ Versicherten unterstehen, soweit sie Obligatorischversicherte sind, der schweizerischen Unfallversicherung, soweit es sich um Krankheiten handelt, die durch die Militärversicherung gedeckt sind, gleichzeitig dieser. Daraus ergeben sich in vielen Fällen Ansprüche auf der Grundlage eines und desselben Tatsachenkomplexes an die Versicherungskasse und an die Unfallversicherung oder die Militärversicherung. Die Versicherungskasse rechnet Leistung gegen Leistung im Gesamten, um den Umfang einer allfälligen Restleistung der Versicherungskasse zu fixieren. Die schweizerische Bundesbahnskasse dagegen rechnet Gleichartiges gegen Gleichartiges, wobei ausdrücklich Krankengeld, Invalidenpension und Witwen- und Waisenpension zusammen genannt werden. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat nun in 2 Fällen, von denen der eine die Versicherungskasse, der andere die schweizerische Bundesbahnskasse betraf, zur Abgrenzungsfrage Stellung genommen. Ein Spareinleger der Versicherungskasse mit einer Dauerrente aus der Militärversicherung war aus dem Dienste des Bundes

entlassen worden und verlangte Rückerstattung nicht nur seiner eigenen Kassen-einlagen mit Zinsen, sondern auch derjenigen des Bundes für ihn. Ein Vollversicherter hätte nur Anspruch auf Kassenleistungen gehabt, wenn diese die Leistungen der Militär-versicherung überstiegen hätten. Da die Militärrente 2520 Fr. pro Jahr betrug, während die Spareinlagen nur 861 Fr. erreichten, hätte der Spareinleger, wenn er als Vollver-sicherter behandelt wurde, keinen Anspruch auf weitere Kassenleistungen gehabt. Das EVG. entschied, daß alle Bestimmungen für Vollversicherte auch auf Spareinleger anzuwenden seien. Im 2. Fall handelte es sich um einen Vollversicherten der schweizer Bundesbahnkasse, der aus dem Bahndienst wegen Schwerhörigkeit entlassen war. Er hatte nicht auf Invalidenrente, sondern auf Abfindung Anspruch. Er hatte seine Schwerhörigkeit im Militärdienst erworben und hatte durch das EVG. für die ersten 2 Jahre eine Dauerrente von jährlich 1155 Fr., nachher von 577,50 Fr. zugesprochen erhalten. Der Versicherte mußte sich nun die Militärrente auf eine gleichartige Leistung der Versicherungskasse anrechnen lassen. Er bestritt nun, daß die Abfindung, die er von der Versicherungskasse erhielt, eine gleichartige Leistung gegenüber der Militärrente sei. Das EVG. nahm dies aber an und erklärte die Abfindung als ver-rechnungspflichtig, weil sie tatsächlich gegenüber der Pension das Minus sei, ein Sup-plement der Pension. Das EVG. verpflichtete demgemäß die Versicherungskasse nicht zur Auszahlung der Abfindung, da der Kapitalwert der Militärpension den Betrag der Abfindung überstieg.

Ziemke (Kiel).

**Catton, Joseph: Psychotherapy of posttraumatic neuroses: Lump-sum settlement.** (Psychotherapie der traumatischen Neurose. Vergleich mit Abfindungssumme.) (*Neuro-psychiatr. div., Stanford univ. med. school, Stanford univ.*) Med. clin. of North America Bd. 6, Nr. 6, S. 1551—1565. 1923.

Nach Darlegung der bekannten Argumente, die für und wider die organische Entstehung der traumatischen Neurosen vorgebracht werden, macht Catton Vor-schläge, die zugleich der endgültigen Klärung dieses Streites und einer sachgemäßen Behandlung der Verunglückten dienen sollen. Eine spezialistische Untersuchung soll in allen Unglücksfällen sobald als möglich nach dem Unfall vorgenommen werden, wenn es sich um eine Verletzung des Schädelns oder der Wirbelsäule handelt, oder wenn der behandelnde Arzt bemerkt, daß er es mit einer psychopathischen Persönlichkeit zu tun hat, oder wenn in Erfahrung gebracht ist, daß der Patient von mehr als einer Stelle Unterstützungen bezieht, oder wenn er wiederholt Unfälle erlitten hat. Die neurologische Untersuchung soll sich nicht allein auf den Patienten beschränken, sondern auch seine ganzen Lebensverhältnisse und Lebensgeschichte im einzelnen erforschen. Auf Grund der Untersuchung soll ein Urteil gefällt werden, ob eine organische oder psychische Behandlung am Platze ist. Das Urteil soll aber nicht von der allgemeinen Stellungnahme des einen Arztes, sondern von den Besonderheiten des Falles abhängig gemacht werden. Zu diesem Zweck sollen der Verunglückte, die Unfallkommission und der Versicherungsträger aus einer Liste von Neurologen je einen Vertreter wählen, die in gemeinsamer Beratung eine endgültige Entscheidung über die Art des Falles und der einzuschlagenden Behandlung fällen. Verf., der selbst von der psychogenen Entstehung der traumatischen Neurosen überzeugt ist, sucht in der Behandlung zunächst das Vertrauen des Patienten zu gewinnen, ihn über die funktionelle Natur seines Leidens aufzuklären. Die weitere psychotherapeutische Beeinflussung soll dann im Isolierzimmer vorgenommen werden, in dem der Patient je nach der Schwere des Falles Tage oder Wochen verbleiben muß. Am Ende dieser Periode soll er vor folgende Entscheidung gestellt werden: Es gäbe 2 Wege, die beide zur völligen Wiederherstellung führen: entweder die eingeschlagene Behandlungsweise müsse noch einige Wochen oder Monate fortgesetzt werden, oder die stationäre Behandlung soll abgebrochen werden und bestimmte andere Maßnahmen an deren Stelle treten. Im 2. Fall wird in Aussicht gestellt, daß statt kleiner Einzelzahlungen eine Abfindungssumme für diese Zeit bezahlt werden solle. Ein zweiter Betrag solle

bereitgestellt werden für den Fall, daß nach dem Ende der in Aussicht genommenen Zeit noch weitere Behandlung notwendig sei. Der unverbrauchte Rest dieses zweiten Betrages aber soll dem Patienten zufallen, sobald er keinen weiteren ärztlichen Aufwand mehr benötigt. *Erwin Straus* (Charlottenburg).<sup>oo</sup>

**Salmon, A.:** *Sul meccanismo genetico dei crampi professionali.* (Über den genetischen Mechanismus der Beschäftigungskrämpfe.) *Quaderni di psichiatr.* Bd. 10. Nr. 7/8, S. 121—132. 1923.

Es bestehen zwei Ansichten über die Genese der Beschäftigungskrämpfe, besonders des Schreibkrampfes. Nach der einen wird eine cerebrale Entstehung angenommen, nach der anderen eine periphere vasomotorische. Es gebe aber auch cortical bedingte angiospastische vasomotorische Veränderungen. Verf. glaubt diese als Ursache der professionellen Krämpfe annehmen zu können. Er verweist auf die Entstehung durch bloße Vorstellung der Arbeit, auf den Zusammenhang mit Ischämie und Akroparästhesien, auf Beziehungen zu myotonischen Erscheinungen. *Albrecht.*<sup>oo</sup>

**Maltese, F.:** *La lesione accidentale diretta della membrana timpanica considerata come infortunio sul lavoro.* (Zufällige direkte Verletzung des Trommelfells als Arbeitsunfall betrachtet.) *Boll. d. malatt. dell'orecchio, della gola e del naso* Jg. 41, Nr. 5, S. 49—54. 1923.

Direkte Verletzungen des Trommelfells während der Arbeit werden selten beobachtet, und zwar nur unter bestimmten Bedingungen. Der äußere Gehörgang muß weit und gerade sein mit einem kleinen und nach vorn gelagerten Tragus. Das verletzende Werkzeug muß lang und schmal sein und eine gewisse Elastizität besitzen, um der Form des Gehörganges nachgeben zu können. Von 3 entsprechenden Fällen, welche der Verf. im verflossenen Jahre zu beobachten Gelegenheit gehabt hatte, ist der 3. von Bedeutung.

Ein 50jähr. Bauer spürte plötzlich bei der Arbeit im Wald das Eindringen eines kleinen Ästchens in den rechten Gehörgang. Das Eindringen wurde vom starken Schmerz im Inneren des Ohres begleitet. Im selben Moment fiel er in Ohnmacht, erbrach und litt an intensivem Schwindelgefühl. Durch 6 Tage hindurch mußte der Patient das Bett hüten, da jede Kopfbewegung starkes Schwindelgefühl und Erbrechen zur Folge hatte. Bei der Untersuchung einige Tage später entdeckte der Verf. im rechten Trommelfell, abgesehen von einer mäßigen Hyperämie im oberen, hinteren Quadranten, eine ungefähr 3 mm lange dreieckige Kontinuitätsstrennung. Die Erscheinungen von seiten des Labyrinthes verschwanden nach einigen Monaten vollkommen.

Zusammenfassend kommt der Verf. zu folgenden Schlüssen: 1. Eine direkte Läsion des Trommelfells kann auch als Arbeitsunfall vorkommen; 2. ein solcher Unfall verläuft in der größten Mehrzahl der Fälle günstig, ohne dauernde funktionelle Störungen; 3. in manchen Fällen kann die direkte Läsion des Trommelfells begleitet von einer Luxation des Stapes schwere und dauernde Störungen hervorrufen (Taubheit, Geräusche, Schwindel) und selten sogar schwere septische Prozesse im Mittelohr, im Labyrinth und an den Meningen verursachen. *Sercer* (Zagreb).<sup>oo</sup>

**Siegfried, Karl:** *Lungenverletzung und Lungentuberkulose.* Zeitschr. f. ärztl.-soz. Versorgungswesen Jg. 3, H. 6, S. 227—232. 1923.

Unter 315 früheren Kriegsteilnehmern des Versorgungsamtes Potsdam, welche an Lungentuberkulose erkrankten, fand sich kein einziger, bei dem sich das Leiden an einen Lungenschuß angeschlossen hätte; ebensowenig unter 83 weiteren Fällen sicherer Lungenschüsse. Diese Lungenschüsse sind bis auf einen voll arbeitsfähig geworden. Verletzungen der Lungen durch stumpfe Gewalt, etwa durch Brustquetschung oder durch Brustwandschuß, fanden sich in der Vorgesichte 10 mal; davon konnte nur 3 mal mit Sicherheit ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Verletzung und Lungentuberkulose nachgewiesen werden. *Pyrkosch* (Schönberg).<sup>oo</sup>

**Gardner, Leroy U., and Morris Dworski:** *Studies on the relation of mineral dusts to tuberculosis. II. The relatively early lesions produced by the inhalation of marble dust and their influence on pulmonary tuberculosis.* (Studien über Mineralstaub und Tuberkulose. II. Die relativ häufigen Läsionen durch Einatmung

von Marmorstaub und ihr Einfluß auf Lungentuberkulose.) (*Saranac laborat. f. the study of tubercul., Saranac Lake, New York.*) Americ. review of tubercul. Bd. 6, Nr. 9, S. 782—797. 1922.

Im Meerschweinchenversuch ist der größte Teil von eingeatmetem Marmorstaub im Lungengewebe löslich. Die Einatmung dieses Staubes während einer schon bestehenden Tuberkulose hat die Verkalkung einer gewissen Anzahl von pulmonalen und tracheobronchialen Lymphdrüsentuberkeln zur Folge. Der unlösliche Kieselanteil in dem Staub bedingt einen gewissen Grad von Silicosis nach langer Exposition. Diese Silicosis macht das Lungengewebe in einer ungeklärten Weise empfänglicher für den Tuberkelbacillus und bedingt einen langwierigen Verlauf. *Rudolf Wigand* (Dresden).<sup>oo</sup>

**Brelet: L'avenir des pleurétiques.** (Die Zukunft der Pleuritiker.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 40, Nr. 11, S. 380—382. 1924.

Von einer Reihe von 42 Pleuritikern erkrankten im Verlaufe von 2—6 Jahren nach der Exsudatbildung 6 an offener Tuberkulose der Lungen, 16 waren völlig geheilt, 20 zeigten Heilung mit Beschwerden. Die Behandlungsart scheint ohne Einfluß auf das Endergebnis zu sein: von 28 Punktuierten wurden 4 tuberkulös, von 14 Nicht-punktuierten 2.

*Giese* (Jena).

**Christiansen, Viggo: Effets tardifs des lésions traumatiques sur le système nerveux.** (Spätfolgen von traumatischen Läsionen am Nervensystem.) Presse méd. Jg. 32, Nr. 13, S. 134—138. 1924.

I. Fall von traumatischer Spätapoplexie: 3 Tage nach einem Unfall entstandene doppelseitige Oculomotoriuslähmung (Kernblutung); besonders langdauernder komatöser Zustand, weil die Blutung in der Umgebung der Vierhügel stattgefunden hat, was oft langdauernde psychische Störungen nach sich zieht. — II. Fall von Spätblutung ins Rückenmark: Vor 3 Monaten Fall von Treppe auf Hinterhaupt und Nacken; zunächst 2 Monate lang keine Symptome, dann plötzlich starke Schmerzen und Lähmung im linken Arm, darauf Lähmung beider Beine, besonders des rechten, Zuckungen darin und Parästhesien; objektiv: Armlähmung rechts nach Erbschem Typus, Hornersches Syndrom rechts, spastische Lähmung des rechten Beines, Sensibilitätsstörung am rechten Arm ( $C_5$  und  $C_6$ ). Demnach einseitige Rückenmarksblutung, 2 Monate nach Trauma entstanden. — III. Fall von extramedullärem Tumor, durch die lange Bettruhe nach Unterschenkelfraktur beschleunigtes Auftreten von Symptomen. — IV. Undiagnostizierbare Rückenmarksaffektion, durch Trauma vielleicht ausgelöst. — Weitere Fälle beleuchten die Beziehungen zwischen Hirngeschwulst und Trauma sowie die posttraumatische Epilepsie. *Kurt Mendel* (Berlin).<sub>o</sub>

**Matzdorff, Paul: Degenerationsvorgänge im Rückenmark auf toxischer Grundlage bei einem durch eine alte Commissio spinalis geschwächten Zentralnervensystem.** (Allg. Krankenh. St. Georg u. Staatskrankenanst. Friedrichsberg, Hamburg.) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 88, H. 1/3, S. 196—207. 1924.

39jähriger Mann, vor 11 Jahren Paraplegie mit Retentio urinae nach Sturz, Heilung nach Laminektomie, jetzt nach Darmkatarrh Paraplegie, Reithosenhypästhesie, Muskellwogen, Ansteigen der sensiblen Störung bis zum Proc. xiph. Laminektomie, kein Befund, Exitus. Sektionsbefund: Verwachung der Hämäte über Cauda und Conus: „Meningopathia hypertrophica et adhaesiva“, degenerative Veränderungen in der grauen und weißen Substanz, sekundäre Gliawucherungen, Erweichungsherd im mittleren Lumbalmark.

Es ist anzunehmen, daß das traumatisch geschädigte Rückenmark durch Enteritistoxine eine weitere Schädigung erfuhr. Der Fall ist für die Unfallbegutachtung von Bedeutung. *Henneberg* (Berlin).<sub>o</sub>

**Aronowitsch, G. D.: Das Trauma in der Ätiologie der multiplen Sklerose.** (Klin. f. Nervenkrankh., Milit.-Med. Akad., Prof. M. J. Astwazaturow.) Wratschebnaja Gazeta Jg. 27, Nr. 9, S. 202—203. 1923. (Russisch.)

Verschiedene Autoren haben dem Trauma in der Entwicklung der multiplen Sklerose eine ätiologische Rolle zugeschrieben. Der letzte Weltkrieg, wenn diese Annahme richtig wäre, hätte großes Material liefern müssen. Dem ist aber nicht so. Es kann nicht geleugnet werden, daß ein Trauma bei schon bestehender Sklerose eine bedeutende Verschlimmerung hervorrufen kann; in den meisten Fällen aber bestehen zur Zeit des Traumas schon eine ganze Reihe von Symptomen, die den Patienten wenig belästigen, aber doch ohne Zweifel auf das Bestehen der multiplen Sklerose

hinweisen. In der Klinik von Prof. Astwazaturow sind von 1919—1922 43 Fälle von multipler Sklerose beobachtet worden, und zwar 25 Männer und 18 Frauen. Verf. führt eine besonders instruktive Krankengeschichte einer Ärztin an, die mehrere Jahre hindurch an Akroparästhesien gelitten hatte mit vorübergehendem Schwindel. Sie wurde auf der Treppe vom Schwindel befallen und stürzte 8 Stufen von der Treppe auf den Boden. Nach diesem Fall traten verschiedene Symptome auf, die Patientin veranlaßten, ärztliche Hilfe aufzusuchen. Nur eine genaue Anamnese deckte hier den wahren Sachverhalt auf und stellte klar, daß das Trauma nicht die Ursache der multiplen Sklerose, sondern eine Folge derselben war. Unter den Frühsymptomen scheint den Akroparästhesien, von denen in den gebräuchlichen Lehrbüchern wenig die Rede ist, eine große Bedeutung zuzukommen. *E. Busch* (Petersburg).

**Finkelnburg, R.:** Zur Frage der multiplen Sklerose nach Kälteeinwirkung. (*Krankenb. d. Barmherzigen Brüder, Bonn.*) Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 31, Nr. 2, S. 25—34. 1924.

Kälteeinwirkung als Entstehungsursache organischer Hirn-Rückenmarksleiden wird ganz allgemein außerordentlich überschätzt. Im besonderen ergibt die kritische Durchsicht der gesamten Kasuistik über Kältetraumen des Zentralnervensystems nur eine verschwindend kleine Zahl von Fällen multipler Sklerose, in denen ein Zusammenhang einigermaßen wahrscheinlich erscheint; aber auch diese sind, wie Finkelnburg dargetut, nicht beweisend. Die Abkühlung kann nach klinischen und experimentellen Erfahrungen höchstens als Hilfsursache bei der Auslösung oder Verschlimmerung einwirken, insofern es denkbar ist, daß durch eine Abkühlung die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems gegenüber Krankheitserregern oder Toxinen vorübergehend herabgesetzt wird. Voraussetzung dafür ist aber, daß die Abkühlung intensiv (unter 0°) und allgemein, der Temperaturwechsel schroff, eine besondere individuelle Überempfindlichkeit gegen Kälte gegeben und ein enger zeitlicher Zusammenhang erwiesen ist. Die Ausführungen werden mit 3 sehr instruktiven Fällen geschlossen, in denen ein scheinbar vorhandener Zusammenhang folgerichtig abgelehnt werden mußte.

*Klieneberger* (Königsberg i. Pr.).

**Drei Urteile über Wert und Unwert der Nervenpunktmassage.** Zeitschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte Jg. 19, Nr. 2, S. 20—26. 1924.

Es handelte sich um einen Eisenbahnschlosser, dem am 11. II. 1910 ein Stück Holz an den Kopf geflogen war, wodurch an der Stirn eine 6—7 cm lange Lappenwunde entstanden war, die am 24. II. 1910 verheilt war. Nach Beendigung des Heilverfahrens traten nervöse Beschwerden auf, die zur Gewährung der Vollrente führten. Das von der Poliklinik für Nervenmassage in Berlin am 12. I. 1922 abgegebene Gutachten schätzte die Schädigung der Erwerbsfähigkeit auf 50%. Der Nervenarzt Dr. Placzek lehnte die Lehre von den Nervenpunkten und die gutachtlichen Feststellungen ab und empfahl, ein Gutachten von Geh. Rat Bonhöffer einzuholen. Aus dem Gutachten des Direktors der psychiatrischen und Nervenklinik der Charité in Berlin vom 20. XI. 1922 sind folgende Sätze von Interesse:

„Dem Gutachten aus der Poliklinik für Nervenpunktmassage vom 12. I. 1922 kann nicht die geringste Bedeutung beigelegt werden. Die Theorie der Nervenpunkt-massage beruht weder auf exakten Beobachtungen noch auf physiologisch-wissenschaftlicher Grundlage. Aus dem am 12. I. 1922 von Dr. W. abgegebenen Gutachten geht hervor, daß der betreffende Gutachter mit den betreffenden psychischen Reaktionen der Patienten nicht vertraut ist, da er die durch die Erfahrung des Krieges doch besonders bekannt gewordene Reaktionsweise, die infolge von Begehrungsvorstellungen auftritt, gar nicht berücksichtigt;“ und weiter: „Es kann gar keine Rede davon sein, daß diese sog. Nervenpunkte tatsächlich zu fühlen sind. Nur infolge von Suggestion glauben manche Ärzte einen Widerstand fühlen zu können, den sie als Nervenpunkt bezeichnen, obwohl auch nicht der geringste Anhaltspunkt dafür besteht, daß dieser angebliche Widerstand irgend etwas mit den Nerven zu tun hat... Die beste Heilmethode ist die Entziehung der Rente, da X., wenn er die Erfahrung machen wird, daß seine Bemühungen, krank zu erscheinen, keinen Erfolg zeitigen, diese aufgeben wird.“ *Lochte*.

● **Betke, Hans: Gewerbehygiene. (Sammlung Göschen Nr. 350.)** Berlin u. Leipzig: Walter de Gruyter & Co. 1924. 131 S. G.-M. 1.25.

Verf. bringt im I. Abschnitt die allgemeine Gewerbehygiene. Die gesetzlichen Bestimmungen werden kurz erläutert, Kapitelüberschriften wie Berufsberatung, Eignungsprüfung, Unfallverhütung, Wohlfahrtspflege kennzeichnen den Umfang dieses Teiles. Im II. Abschnitt wird die Gewerbehygiene der einzelnen Industriezweige besprochen. Wertvoll erscheint, daß die über jede Industrie ergangenen Sonderverfügungen angeführt sind. Im letzten Abschnitt werden die Beziehungen der Gewerbehygiene zur allgemeinen Volkswirtschaft geschildert. Der Band ist in seiner knappen Fassung durchaus geeignet, seinem Zwecke schneller Orientierung und Belehrung, besonders für Sozialbeamte und Betriebsräteschulen, zu dienen. *Giese* (Jena).

**Le necessità ed esigenze igieniche moderne nella lavorazione delle pelli.** (Die Notwendigkeit moderner hygienischer Erfordernisse bei der Fellbearbeitung.) *Lavoro* Jg. 14, Nr. 2, S. 38—48. 1923.

Nach einer ausführlichen Einleitung, in welcher die Schädlichkeiten der früheren Arbeitsmethoden in der Gerberei und die modernen Fortschritte (Verwendung reiner chemischer Substanzen an Stelle der früher verwendeten menschlichen und tierischen Exkremeante, Ersatz der Handarbeit durch Maschinenarbeit usw.) besprochen werden, wird in diesem Artikel, eine Wiedergabe des Aufsatzes von Rondeni, die Gewerbehygiene der Gerberei kurz zusammengefaßt: Die Schädlichkeiten, welche die in der Gerberei beschäftigten Arbeiter treffen sind infektiöser Natur (Milzbrand, Eitererreger), giftige Gase (Hg, As), Ätzmittel, Arbeiten in Flüssigkeiten, in staubhaltiger Luft, Lärm und Erschütterung durch die Maschinen, schließlich Haltungsanomalien infolge der erzwungenen Körperhaltungen. Auf die Bekämpfung dieser Gewerbeschädigungen und auf andere interessante Einzelheiten, speziell auf die empfohlenen ungiftigen Präparate zur Fellbearbeitung, auf die einzelnen maschinellen Einrichtungen kann hier nicht näher eingegangen werden. *Kalmus* (Prag).

#### *Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie.*

● **Ziehen, Theodor: Allgemeine Psychologie. (Quellen-Handbücher der Philosophie. Hrsg. v. Arthur Liebert. Bd. 3.)** Berlin: Pan Verlag Rolf Heise 1923. 292 S. G.-M. 3.30.

Die Bedeutung und Eigenart dieses Quellenhandbuchs liegt darin, daß es in systematischer Weise an der Hand ausgewählter Stücke aus den grundlegenden Hauptwerken in das psychologische Gesamtgebiet einführt. Den Umfang dieser Auswahl kann man schon daraus ersehen, daß in ihr Aristoteles, Spinoza und Hume ebenso wie etwa James, Rehmke und Husserl vertreten sind. Eingeleitet werden die Auszüge von einer kurzen orientierenden Darstellung der Hauptrichtungen und Hauptprobleme der Psychologie, wobei die hohe didaktische Begabung des Verf. in der klaren Prägnanz sich charakteristisch kundgibt. Eine kurze abschließende Bibliographie gibt die nötigen Hinweise auf die wichtigste Literatur. Demnach verdient das Werk die Empfehlung als psychologisches Quellenhandbuch. *Birnbaum*.

**Dumas, G.: Psychologie de l'hystérie.** (Psychologie der Hysterie.) *Journ. de psychol. norm. et pathol.* Jg. 20, Nr. 10, S. 895—920. 1923.

Die zusammenfassende Abhandlung des Verf. über die Psychologie der Hysterie stellt den Abschnitt eines größeren Handbuchs der Psychologie dar. Die Abhandlung stützt sich einseitig auf französische Autoren, ohne die Werke ausländischer Autoren auch nur zu erwähnen, vornehmlich auf die Auffassung Babinski's von der suggestiven Entstehung des „Pithiatismus“ und die umfangreichen Arbeiten Janets von der Bewußtseinsabspaltung bei Hysterie und dem tiefstehenden Grade der Suggestivakte auf der Stufenleiter der psychologischen Strebungen, ihrem Zustandekommen außer Zusammenhang mit der Gesamtpersönlichkeit. Neigung zur Autosuggestion und zum Automatismus stellen die wesentliche Prädisposition zur Hysterie, welche von emotionell bedingten Störungen abzutrennen ist, dar; Emotionen haben für die Entwicklung hysterischer Erscheinungen nur insofern Bedeutung, als sie zur Steigerung der Autosuggestibilität führen können. Aber gerade bei den reinsten Formen der Hysterie fehlt die Emotivität, bei jenen Fällen, die unmittelbar im Anschluß an Kommotionen,

in einem besonders suggestionsfähigen Zustande sich befindend, hysterische Symptome zeigen, ohne daß an deren Aufrichtigkeit zu zweifeln ist. Gerade diese Fälle erweisen sich nach der Heilung als besonders dankbar für die erzielte Besserung. Kurz behandelt werden auch die Beziehungen des Hysterikers zum psychopathischen pseudologistischen „Mythomanen“. In vielen Fällen sind echte hysterische Erscheinung und simuliertes Symptom schwer zu trennen; auf dem Boden der gesteigerten Einbildungskraft haben die Bezeichnungen gutgläubig und böswillig, echt und simuliert vielleicht nicht denselben Sinn wie auf dem Boden des Normalbewußtseins; die Frage nach der „Echtheit“ eines Symptoms ist zu einfach gestellt. Die Wirkung der Fremdsuggestion durch den Arzt wie der Autosuggestion wird an dem Rückgang der großen Charcotschen Anfälle, des „Automatisme ambulatoire“ usw. gezeigt; der Somnambulismus gehört nur zum geringen Teil der Hysterie zu. *F. Stern* (Göttingen).

**Schultz, J. H.: Zur Psychopathologie der Operationssucht.** (Ausführliche Schilderung und Analyse eines Falles.) (*Lahmanns Sanat., Weißer Hirsch, Dresden.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 86, H. 1/2, S. 123—135. 1923.

Ausführliche Schilderung und Analyse eines Falles von Operationssucht. Die 39jährige Patientin war seit ihrem 23. Lebensjahr 23 mal auf Grund von heftigen Leibscherzen laparotomiert worden. Jedesmal trat Besserung bzw. Genesung ein. Bei der letzten Operation fanden sich im Abdomen schwere Verwachsungen. Verf. nimmt degenerative Psychopathie mit wechselndem Symptomenbild, hypomanischen Zügen, starker Primitivität und hysterischen Reaktionen an. Im Alter von  $5\frac{1}{2}$  Jahren war die Patientin in der Hand einer sadistischen Gouvernante, von der sie viel auf entblößtem Körper geziichtet wurde. Danach stellten sich masochistische Tendenzen ein, später erlitt sie jahrelang sexuelle Zudringlichkeiten von Seiten ihres Vaters. Die Operationssucht erwuchs mit der psychosexuellen Einstellung der Kranken, hinzu kam der Wunsch nach Entstellung durch die Operationsnarben, deren Anblick sie dem Vater verleidete. Außerdem lagen hinter den Operationserlebnissen noch unklare Vorstellungen einer Christusrolle und Welterlösungsträume. Die Ergebnisse des mitgeteilten Falles dürfen nicht verallgemeinert werden. *Henneberg* (Berlin).<sup>oo</sup>

**Schilder, Paul: Zur Psychologie epileptischer Ausnahmezustände (mit besonderer Berücksichtigung des Gedächtnisses).** Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Med. Bd. 80, H. 1/2, S. 33—79. 1924.

Die psychologischen Einzelheiten dieser vorwiegend an Freud orientierten Arbeit fallen außerhalb des Interessenkreises dieser Zeitschrift. Erwähnung mag nur die experimentell gewonnene Feststellung finden, daß Fälle epileptischer Ausnahmezustände mit recht gut erhaltener Erinnerung durchaus nicht selten sind und die Gedächtnisausfälle oft genug so gering, daß sie keine selbständige Bedeutung beanspruchen können. Gelegentlich kommen sogar Fälle mit staunenswert guter Rückerinnerung vor.

*Birnbaum* (Herzberge).

**Lapinskij, Mihajlo: Psychiatrische Begutachtung. III. Ein Fall von alkoholischer Hysterie.** Lijecnički vjesnik Jg. 45, Nr. 6, S. 208—213. 1923. (Kroatisch.)

Begutachtung eines jungen, ethisch minderwertigen Trinkers, der sich verschiedener Delikte (Diebstähle, Zechprellereien, Falschmeldungen, Gewalttätigkeiten usw.) schuldig machte. Der Beschuldigte, der bereits ein Delirium tremens durchgemacht hatte, bot hysterische Züge (Krampanfälle, Verwirrtheits- und Dämmerzustände, Wandertrieb, pathologische Lüghaftigkeit usw.), die der Verf. als auf alkoholischer Basis entstanden ansieht. *A. Serko.*<sup>oo</sup>

● **Handbuch der Psychiatrie.** Hrsg. v. G. Aschaffenburg. Spez. Tl. 7. Abt., 1. Tl. — **Schneider, Kurt: Die psychopathischen Persönlichkeiten.** Leipzig u. Wien: Franz Deuticke 1923. VII, 96 S. G.Z. 6.

Die psychopathischen Persönlichkeiten sind von jeher trotz ihrer großen praktischen Bedeutung die Stieffinder der wissenschaftlichen Psychiatrie gewesen. Seit meiner 1909 erschienenen Abhandlung gleichen Titels sind zwar verschiedentlich zusammenfassende Darstellungen der Psychopathien, aber keine der psychopathischen Charaktere im engeren Sinne erschienen. Die inzwischen lebhaft entwickelte Forschung im Gebiet der degenerativen Störungen hat nun soviel neues Material zusammengebracht, daß eine sie verwertende Neubearbeitung tatsächlich einem wissenschaftlichen wie praktischen Bedürfnis entgegenkommt. Während es mir seinerzeit im wesentlichen darauf ankam,

die allgemeine psychische Eigenart der Psychopathen und ihrer Äußerungsweisen im sozialen und kulturellen Leben zu kennzeichnen, ist Schneiders Arbeit vor allem klinisch eingestellt und darauf bedacht, die einzelnen Spielarten zu schildern und ihre klinischen Beziehungen klarzustellen. Dies geschieht in anschaulicher Weise unter voller Verwertung der immerhin ziemlich umfangreichen Literatur. Dabei sind aber die praktischen Gesichtspunkte durchaus nicht vernachlässigt, vielmehr erfährt sowohl die Behandlung wie auch — für das Fachgebiet dieser Zeitschrift besonders wichtig — die soziale Bedeutung der einzelnen Gruppen eine ausreichende Würdigung. Daß diesem Hauptteil des Werkes Darlegungen vorwiegend begrifflicher und methodologischer Art vorausgehen: über den Begriff der Persönlichkeit, über charakterologische Einteilungen usw. wird zwar den praktischen Gerichtsarzt weniger interessieren, erhöht aber immerhin die wissenschaftliche Benutzbarkeit des Buches, bei der nur gelegentlich das Hineinspielen unklinischer Spintisiererei stört. *Birnbaum.*

● **Meyer, E.: Psychiatrie. 2. verb. Aufl. (Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Innere Medizin. Hrsg. v. J. Schwalbe. H. 2.)** Leipzig: Georg Thieme 1923. 119 S. G.-M. 3.50.

In dieser außerordentlich ausführlichen und gründlichen Besprechung diagnostischer Gefahren in der Psychiatrie ist, glaube ich, nichts vergessen; sie stellt einen zuverlässigen Führer durch das Gebiet dar. Im allgemeinen Teil wird den gerichtlichen Mediziner besonders der Abschnitt über Simulation und Dissimulation geistiger Störungen interessieren. Eine Bemerkung sei hier dem Ref. gestattet. Warum werden psychiatrischerseits die von Ganser beschriebenen Zustände noch immer als Dämmerzustände bezeichnet? Von Dämmerzuständen im gewöhnlichen Sinne der Psychopathologie kann wohl kaum geredet werden, höchstens von ganz mäßigen affektiven Bewußtseinsveränderungen. Die Ausdrücke: Pseudodemenz oder Pseudodämmerzustand kennzeichnen die Sachlage besser. Wenn diese Zustände auch theoretisch streng von der Simulation zu trennen sind, so kann doch nicht verkannt werden, daß sie der Simulation recht nahestehen, fließende Übergänge zu ihr zeigen und bewußte Übertreibungen in ihnen wohl an der Tagesordnung sind. Der allgemeine Teil bringt weiterhin die Erkennung und Verkennung von Symptomen und Symptomenkomplexen. Im besonderen Teil erfährt die besonders häufig verkannte Dementia praecox eine gebührend breite Behandlung; die übrigen Psychosen werden kürzer, aber hinreichend ergiebig besprochen. Die wertvolle Abhandlung sei zur Lektüre und zum Nachschlagen bestens empfohlen.

*Vorkastner* (Greifswald).

**Bahr, Max-A.: Klinische Vorlesungen in der gerichtlichen Psychiatrie am Zentral-Indiana-Hospital for Insane.** Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. 14, H. 8/12, S. 261—264. 1924.

Kurzer programmatischer Bericht über die Wichtigkeit des klinischen Unterrichts in der gerichtlichen Psychiatrie und seine Handhabung am oben genannten Institut, welche den Gepflogenheiten an deutschen Universitäten entspricht. *Klieneberger.*

**Mayer-Gross, W.: Bemerkungen zur psychiatrischen Charakterkunde.** (*Psychiatr. Klin., Heidelberg.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 89, H. 1/3, S. 68 bis 77. 1924.

Mayer-Gross weist darauf hin, daß das Bild und der Verlauf einer Psychose mitunter Einsichten in die (präpsychotische) Persönlichkeit des Kranken verschafft, die sonst nicht möglich gewesen wären. Besonders fiel ihm auf, daß in gewissen depressiven Phasen des manisch-depressiven Irreseins qualitative Eigentümlichkeiten des Charakters oder der psychophysischen Konstellation zutage treten, indem diese das Krankheitsbild ausschlaggebend bestimmen. Er demonstriert diese Charakterenthüllung an der Hand einiger Krankheitsfälle, betont mit Recht die große Bedeutung der anamnestischen Feststellung des ursprünglichen Charakters unserer Kranken und macht auf einige objektive Schwierigkeiten der charakterologischen Arbeit aufmerksam, die aus der Materie wie aus den Methoden entspringen. *Klieneberger* (Königsberg i. Pr.).

**Raecke: Beitrag zur sozialen Psychiatrie: Beobachtungen an den Insassen eines Mädchenschutzhauses.** Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 70, H. 4, S. 415 bis 426. 1924.

Verf. bestätigt aus seinen Beobachtungen an den Insassen eines Mädchenschutzhauses die allgemeinen Erfahrungen über die psychische Minderwertigkeit der sozial Entgleisten. Er kommt zu dem Schluß, daß unsere Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten noch durchweg auf geistig Gesunde zugeschnitten sind, ohne die Zahl und hohe Bedeutung der psychopathischen Seuchenverschlepperinnen überhaupt in Rechnung zu stellen. Gegen sie soll der Psychiater die Gesellschaft schützen, wobei freilich die ihm zur Verfügung stehenden Mittel (Entmündigungsverfahren!) der Eigenart des Psychopathentums nicht genügend angepaßt sind. Alles in allem brauchen wir neben Heil-Erziehungsanstalten Psychopathenfürsorge, zeitgemäße Entmündigungsbestimmungen und Schaffung eines besonderen Verwahrungsgesetzes mit zweckmäßiger Regelung der Kostenfrage.

*Birnbaum (Herzberge).*

**Foersterling, W.: Über die paranoiden Reaktionen in der Haft.** (Dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatrie, München.) Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Beih. 19, S. 1—106. 1923.

Foersterling stützt seine Angaben auf 105 Krankheitsfälle der Münchener psychiatrischen Klinik, die in den Jahren 1904—1920 zur Beobachtung oder Behandlung kamen. Die Mehrzahl waren hysterische Reaktionen in Form von Ganserschem Zustand, Stupor, delirösen Bildern, Amnesien. Bei einem Teil der paranoiden Formen, die nicht zur Hysterie zuzurechnen waren, wurde durch Katamnese Schizophrenie festgestellt. Die psychogenen in der Haft auftretenden psychopathologischen Zustände entstehen als Abwehrreaktionen, die ihre Grundlage haben in dem Bestreben, das Unangenehme der Haft zu wandeln, die Verantwortung abzuwälzen, also das Milieu zu ändern oder zu verlassen. Je nach ihren Reaktionsmöglichkeiten antwortet die Psyche des Degenerativen mit Fluchtreaktion oder Kampfreaktion. Ganserscher Zustand, „Zustände von Desorientiertheit“, Äußerung von Größengedanken werden als Fluchtreaktion bezeichnet, die Kampfreaktion finden wir beim Querulanten. Den größten Teil der Arbeit nehmen Krankengeschichten ein.

*Seelert (Berlin).* °°

● **Moll, Albert: Der Hypnotismus mit Einschluß der Psychotherapie und der Hauptpunkte des Okkultismus.** 5., umgearb. u. verst. Aufl. Berlin: H. Kornfeld 1924. V, 744 S. G.-M. 18.—.

Der im Jahre 1907 erschienenen 4. Auflage ist jetzt die 5. gefolgt. Sie ist dem Stande unseres heutigen Wissens entsprechend umgearbeitet. Moll schildert in 13 Kapiteln alles über den Hypnotismus Wissenswerte. Für die Leser dieser Zeitschrift ist besonders das forensische Kapitel (S. 497—569) von Interesse, in dem der Autor die Verbrechen an Hypnotisierten, die Frage der Körperverletzung, der Gefahr der Laienhypnose, die Frage des suggerierten Verbrechens, die zivilrechtliche Bedeutung der Hypnose, die Psychologie der Aussage, die öffentlichen Schaustellungen usw. zur Darstellung bringt. Neu eingeführt ist ein Abschnitt über die Psychoanalyse; ausführlich sind die Beziehungen des Hypnotismus zur Psychologie erörtert. Das 14. (Schluß-) Kapitel ist dem Okkultismus gewidmet. Das Sach- und Autorenregister umfaßt ca. 40 Seiten. Die Brauchbarkeit des Werkes würde noch erhöht werden, wenn im Sachverzeichnis die Stichworte Amnesie, Hysterie, Simulation usw. weiter zergliedert würden. Das Werk schildert den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse von der Hypnose in erschöpfender Weise. Es ist für den gerichtlichen Sachverständigen ein zuverlässiger Ratgeber.

*Lochte (Göttingen).*

**Haupt, J.: Weitere Beiträge zur Frage der Hypnosefähigkeit.** (Heilst. „Waldfrieden“ f. Alkoholkr., Fürstenwalde/Spree.) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 89, H. 4/5, S. 618—620. 1924.

Haupt berichtet über einen Fall wechselnder Hypnosefähigkeit. Vor einer beabsichtigten Hypnosuggestivbehandlung sollte man dem Kranken sagen, daß es vielleicht nicht möglich sein werde, Hypnose zu erzielen, da manche Menschen nicht

hypnosefähig seien. Von der Hypnosefähigkeit, nicht von dem Glauben oder Unglauben der Versuchsperson, hängt der Erfolg der Hypnotisation ab. Um zu verhüten, daß hypnosefähige Kranke sich Laienhypnotiseuren zur Verfügung stellen, pflegt H. den Kranken zu suggerieren (falls tiefe Hypnose vorliegt), sie würden immer nur dann in hypnotischen Zustand kommen, wenn sie sich in die Behandlung eines Arztes begeben würden, nie aber bei den Hypnotisationsversuchen eines Nichtarztes. *Lochte.*

**Serog, Max: Die Suggestibilität, ihr Wesen und ihre experimentelle Untersuchung nebst einer neuen Methode der Suggestibilitätsprüfung.** Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 88, H. 4/5, S. 439—458. 1924.

Die Suggestibilität ist eine primitive Eigenschaft der Psyche bzw. des Gehirns, die in nichts anderem besteht als in der Tatsache der Beeinflußbarkeit von Psychischem durch Psychisches. Das Wirken der Suggestibilität ist nicht nur eng geknüpft an die Affektivität, sondern Suggestibilität und Affektivität sind überhaupt nur 2 verschiedene Seiten der gleichen Funktion, die in ihrer ursprünglichen Form im wesentlichen an die Tätigkeit subcorticaler Zentren gebunden ist. Diese primitive psychische Funktion hat die Bedeutung, daß sie zu einer Bahnung bzw. Hemmung des psychischen Geschehens und mit ihm verknüpfter körperlicher Vorgänge führt.

Zwecks Prüfung der Suggestibilität benutzte Serog den faradischen Strom des Pantostaten zur Herbeiführung einer Hautsinnesempfindung. Nun wurde an die Versuchsperson während der Rheostat bei Farad. immer mehr herausgezogen wurde, die Frage gerichtet: „Spüren Sie jetzt etwas? — Jetzt? — Jetzt? — usw.“ Durch dieses allmähliche Herausziehen des Rheostaten und die gleichzeitigen Fragen wurde natürlich der Eindruck der ständigen Verstärkung des Stromes bewirkt, es wurde aber dabei jede Äußerung, wie etwa „jetzt mache ich den Strom stärker“, absolut vermieden. Ließ sich auf solche Weise eine deutliche Empfindung des elektrischen Stromes, ohne daß er überhaupt eingeschaltet war — und dann übrigens auch meist noch eine beliebige Verstärkung und Abschwächung desselben —, suggerieren, so war damit bei der Vp. eine hochgradige Steigerung der Suggestibilität festgestellt. War das nicht der Fall, so wurde nun der faradische Strom zunächst tatsächlich eingeschaltet (der Watteville also auf „F“ gestellt) und durch Herausziehen und Hineinschieben des Rheostaten der Strom abwechselnd verstärkt und abgeschwächt, dann aber nach Ausschalten des Wattevilles (Zurückstellen auf „G“) die gleiche Manipulation mit dem Rheostaten wiederholt. Die Vp. mußte nun natürlich von dieser Manipulation die gleiche Empfindungswirkung erwarten, wie sie sie soeben gehabt hatte. Trat das ein, so wurde es als deutliche Steigerung der Suggestibilität angesehen.

S. berichtet über die Ergebnisse seiner Versuche: Die Vorteile der geschilderten Methode bestehen in der Einfachheit des Instrumentariums, das nur aus einem Pantostaten besteht, in der Schnelligkeit ihrer Ausführung, die sie auch für Massenuntersuchungen anwendbar macht, und in einer sofort zu erreichenden quantitativen Abstufung der Ergebnisse, die zwar nur grob, aber für praktische Zwecke doch ausreichend ist. *Lochte* (Göttingen).

● **Schulhof, Fritz: Couéismus. Die Kunst der Selbstüberredung als eine neue psychische Behandlungsmethode.** Wien u. Leipzig: Moritz Perles 1924. 38 S. G.-M. 1.20.

Coué geht davon aus, daß Psychopathie und Nervosität ein weitverbreitetes Übel sind. Es ist Zeit, sich der Gesundheit zuzuwenden, an sie zu denken und sie zu finden. Die Kraftquelle, die im Menschen liegt, ist die Autosuggestion. Man hat sich sprechend oder mindestens mit den Lippenbewegungen zuzureden, die Aufmerksamkeit nicht auf die Krankheit, sondern auf die Gesundheit zu richten, insbesondere beim Einschlafen an die Gesundheit zu denken. Das Büchlein gibt eine praktische Anleitung zur wirk samen Anwendung der Autosuggestion. Die Methode ist der „Couéismus“. *Lochte.*

● **Raimann, Emil: Zur Psychoanalyse.** Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1924. 97 S. G.-M. 2.40.

Verf. unterzieht die Freudsche Psychoanalyse einer eingehenden, im wesentlichen ablehnenden Kritik. Speziell in strafrechtlicher Beziehung weist er die Tendenz der Psychoanalytiker, Verbrechen und Verbrecher von der Sexualität, insbesondere der perversen, aus zu erklären, zurück. Seine Einwände führt er im einzelnen am Beispiel der Brandstiftung durch, die eine sexualsymbolische Handlung für einen verdrängten

Wunsch darstellen soll. Er befürchtet, daß die Psychoanalyse, die im großen ganzen für die Erkenntnis des Verbrechens und seiner Ursachen entbehrlich ist, im Gerichtssaal zumal in den Köpfen von Laienrichtern Verwirrung stiftet und überhaupt Irrtümer in der Beurteilung von Kausalzusammenhängen hervorruft. Namentlich bei den Haftpsychosen, die ja zumeist der Gruppe der Schizophrenen angehörten, neige der Psychoanalytiker dazu, aus den Symptomen bzw. dem Inhalt der Psychose ihre Ursache zu machen.

*Birnbaum* (Herzberge).

**De Sanctis, Sante: Hystero-psychopathische Kinder.** Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. 14, H. 8/12, S. 269—286. 1924.

Diese klinische Arbeit des italienischen Psychiaters bietet den deutschen Fachgenossen nichts Wesentliches. Verf. betont, daß hysterische Psychosen auch in der frühen Kindheit vorkommen, freilich seltener als in der Jugend und im späteren Alter. Ihrer Form nach handelt es sich einmal um hysterische Charaktere (isoliert oder in Verbindung mit episodischen depressiven Symptomen), sodann um delirante und stuporöse Zustände. Verknüpfung mit sonstigen nervösen und psychotischen Störungen kommt außerdem vor. Hysterische Psychosen bei Kindern sind einförmiger als bei Erwachsenen. Suggestivtherapie erweist sich besonders bei hysteropathischen Kindern wirksam, daneben individuelle Erziehung und Milieugestaltung.

*Birnbaum* (Herzberge).

**Peck, Martin W.: Psychopathic personality. Report of a case.** (Psychopathische Persönlichkeit. Kasuistische Mitteilung.) Journ. of abnorm. psychol. a. soc. psychol. Bd. 17, Nr. 2, S. 184—193. 1923.

Schilderung eines jungen Mädchens von 19 Jahren, das sich durch einen völligen Mangel altruistischer Gefühle, Kühleit gegen das männliche Geschlecht, Indifferenz für die Meinung anderer auszeichnete. In positiver Hinsicht zeigte sie eine Freude daran, andere ständig zu quälen und zu ärgern. Sie entwickelte in dieser Hinsicht eine derartige Tätigkeit, daß sie geradezu einen hypomanischen Eindruck machte. Von Zeit zu Zeit traten Zustände von hysterischem Stupor auf. Ihre Charaktereigenschaften machten es derartig unsozial, daß es in einer Anstalt gehalten werden mußte.

*Campbell* (Dresden).<sup>oo</sup>

**Friedjung, Josef K.: Zum Verständnis kindlicher Kriminalität.** Med. Klinik Jg. 20, Nr. 3, S. 78. 1924.

Verf. bringt Beispiele von Eifersucht im frühesten Kindesalter und weist im Anschluß darauf hin, wie wichtig es ist, die Stellung des Kindes innerhalb seines sozialen Verbandes zu verstehen. Häusliche Verfehlungen, Straftaten und Verstöße gegen Schulgesetze rücken dadurch vielfach in ein anderes Licht, und mancher erzieherische Mißgriff ist zu vermeiden, wenn die kindliche Seele und ihre Handlungen mit tieferem psychologischem Verständnis erfaßt wird.

*Gregor* (Flehingen i. Baden).<sub>o</sub>

**Consiglio, P.: Le psicosi, le nevrosi e la delinquenza militare in guerra.** (Die Psychosen, Neurosen und die militärische Straffälligkeit im Heere.) Riv. sperim. di freniatr., arch. ital. per le malatt. nerv. e ment. Bd. 47, H. 3/4, S. 617—629. 1923.

Der Krieg habe Vermehrung der Psychosen und Neurosen im mobilen Heere, im Heimatheere und in der bürgerlichen Bevölkerung gezeigt. Consiglio schätzt die Zahl der Neuropsychopathen im Jahre 1918 auf 10—12 für je 100 Kranke oder 60/<sub>oo</sub> des mobilen Heeres. Neue Formen geistiger oder nervöser Krankheit seien nicht aufgetreten; die spezifische Kriegsfärbung sei eine häufigere Beimischung ängstlich-depressiver Züge und die Häufung amentieller, pseudodementer und pseudoschizophrener Symptome mit psychomotorisch erregten und halluzinatorisch-deliranten Episoden. Als ätiologische Faktoren schälen sich heraus u. a. emotive Erregung, Interesse, Erblichkeit und Disposition. Vor Gericht waren 260 000 Soldaten, davon 178 000 des operierenden Heeres (= 52/<sub>oo</sub> bzw. 70/<sub>oo</sub>), verurteilt wurden 170 000 bzw. 118 000; davon 101 000 wegen Desertion, 24 000 wegen Insubordination; zum Tode verurteilt wurden ca. 1000 (davon 727 vollstreckt), außerdem 2610 in contumaciam. Unter den militärischen Delinquenten sei die Zahl der Anormalen groß. Die Kriegserfahrungen raten dazu, die Anormalen auf unbestimmte Zeit aus der bürgerlichen Gesellschaft zu eliminieren, sie aber in angepaßter besonderer Lage zu verwenden.

*Sioli* (Düsseldorf).<sub>o</sub>

**Kahn, Eugen: Über Zurechnungsfähigkeit bei Schizophrenen.** (*Psychiatr. Klin., München.*) Monatsschr. f. Kriminalpsycho. u. Strafrechtsreform Jg. 14, H. 8/12, S. 250—261. 1924.

Verf. verwertet die neueren Erfahrungen und Anschauungen im Gebiete der Schizophrenie bezüglich des Vorkommens von schizoiden Persönlichkeiten, schizophrenen Reaktionen, von Heilungen der Schizophrenie usw. in dem Sinne, daß statt der bisher üblichen grundsätzlichen Exkulpierung im Falle des Krankheitsnachweises eine fallweise variierende forensische Beurteilung treten muß: Nur wenn der schizophrene Prozeß zur Deliktszeit noch spielte, ist die Exkulpierung die glatte Konsequenz. Wird dagegen Stillstand des Prozesses und darüber hinaus nachweisliches Fehlen jedes geistigen Defektes festgestellt, so ist der zu Untersuchende zu inkulpieren. Zeigt sich bei nachgewiesenem Stillstand des Prozesses ein Defekt, so ist dieser in seiner Schwere möglichst genau zu erfassen. Bei leichteren Mängeln nach Art einer psychopathischen Persönlichkeitsartung oder geringer intellektueller Unterwertigkeit selbst bis zu leichter Imbecillität muß man gleichfalls zur Inkulpierung kommen. Ref. verkennt nicht, daß diese Aufstellung in sich konsequent ist, zumal das Gesetz ja nur den geistigen Zustand zum Maßstab der Zurechnungsfähigkeit nimmt. Den biologischen Störungen aber, die der Schizophrenie zugrunde liegen, deren Grad und Umfang wir im Einzelfalle nicht abmessen können und die selbst bei Fehlen schwererer psychotischer Äußerungen doch vorliegen mögen, wird eine solche Beurteilung nicht gerecht und so, fürchte ich, werden ärztliche Irrtümer zu ungunsten der angeklagten Schizophrenen nicht vermieden werden.

*Birnbaum (Herzberge).*

**Über die „Grundzüge“ zu einem „Irrenschutzgesetz“.** Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 25, Nr. 33/34, S. 191—195. 1923.

Kritischer Bericht, erstattet auf Ersuchen des preußischen Wohlfahrtsministers vom geschäftsführenden Vorstand des Reichsverbandes beamter deutscher Irrenärzte. Die Mehrzahl der Irrenärzte widerspricht der Einführung eines Irren gesetzes nicht. Voraussetzung bei einem solchen Gesetz muß sein, daß es, bei vollem Verständnis für die Notwendigkeiten einer wissenschaftlich und human betriebenen Irrenpflege, in Einklang gebracht wird mit dem wissenschaftlichen Stand und der jetzigen Kenntnis der Geisteskrankheiten, mit der modernen Entwicklung des Irrenwesens und der Anstaltpflege, sowie mit den Erfahrungen der Irrenärzte; es dürfen an diese keine unbilligen Zumutungen gestellt werden. — Der vorliegende Entwurf hat eine Teilerscheinung der Irrenpflege, die bei weitem nicht die wichtigste ist, herausgenommen und in den Vordergrund gestellt, nämlich die Freiheitsbeschränkung. Den Verfassern des Entwurfs scheint es entgangen zu sein, daß die Freiheitsbeschränkung nur eine Teilerscheinung der Behandlung der Kranken ist, daß es das Ziel der heutigen Irrenpflege ist, jeden vermeidbaren Zwang in der Behandlung auszuschalten. Alle Bestrebungen der Irrenärzte werden zunichte gemacht, wenn der Begriff des Verlustes der persönlichen Freiheit in den Vordergrund des Gesetzes gestellt wird. Es entsteht so an Stelle eines Gesetzes zur Fürsorge für Geisteskranken ein Irren schutzgesetz. Das Ziel der Irrenpflege, die zweckmäßige Unterbringung, baldige Heilung und Vermeidung von Schädlichkeiten, fördert der Gesetzentwurf nicht. Zur Entscheidung über Aufnahme und Entlassung führt er eine artfremde Behörde, das Amtsgericht, ein. Dieses drückt nach den Bestimmungen des Entwurfs dem Kranken nach einer Verhandlung das Stigma der Einsperrungsbedürftigkeit auf. Das wird dazu führen, daß die Aufnahme handlungsbedürftiger Kranker in die Anstalt zum Schaden der Kranken vermieden oder aufgeschoben wird. Das Gesetz würde nach diesem Entwurf ein Gesetz gegen die Irrenärzte werden, in dem dem sachverständigen Arzte eine unsachverständige Behörde übergeordnet wird. — Nach diesen allgemeinen Einwendungen gegen den Gesetzentwurf werden Bestimmungen einzelner Paragraphen kritisiert. *Seelert.*

**Simon, Hermann: Zu den „Grundzügen zu einem Schutzgesetz für Geisteskranken“.** Gutachtliche Äußerung. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 25, Nr. 39—40, S. 215 bis 222. 1923.

Verf. tadelt als einen groben Fehler dieser Grundzüge, daß sie ohne die vom „Deutsch. Verein f. Psychiatrie“ angebotene Mitarbeit der erfahrensten Fachmänner zustande gekommen sind. Infolge dieser Unterlassung weist der Entwurf einen weitgehenden Mangel an Sachkenntnis und Vorsicht auf und wird von einem äußerst einseitigen Standpunkte beherrscht, der sich bereits im Namen ausspricht. Nicht ein

„Schutzgesetz“, das die Bevölkerung gegen eine nur in der Einbildung bestehende Gefahr rechtswidriger Internierung in der Irrenanstalt sichern soll, sondern ein Fürsorgegesetz für Geisteskranke war zu schaffen. An der Hand einzelner Bestimmungen wird ausführlich dargetan, daß gerade die Fürsorge für Geisteskranke durch das neue Gesetz keineswegs gefördert, sondern vielmehr geschädigt werden würde. Besonders eindringlich wird, ebenso wie von den anderen Autoren, welche sich in der „Wochenschrift“ über die „Grundzüge“ geäußert haben, das umständliche Aufnahmeverfahren abgelehnt, welches Zeugnisse von 2 Ärzten verlangt und die Aufnahme zum Gegenstande einer Gerichtsverhandlung macht. Die Schäden eines solchen Verfahrens für Gesunde und Kranke liegen auf der Hand. Sehr wichtig sind ferner die Hinweise des Verf. auf die Gefahren, welche der Dringlichkeitsparagraph und die Bestimmungen über freiwillige Aufnahme enthalten; diese Anordnungen bieten bequeme Handhaben zu Umgehungen des Gesetzes und gefährden die Freiheit Gesunder weit mehr als das bisher geltende Verfahren. So bestehen die vom Verf. geschilderten Wirkungen des „Schutzgesetzes“, kurz zusammengefaßt, in mangelhaftem Schutze Gesunder und Geisteskranker, erhöhtem Mißtrauen der Bevölkerung, Verzögerung der ärztlichen Behandlung, mit einem Worte — in einem erheblichen Rückschritte der Irrenfürsorge.

v. Leupoldt (Neuruppin).<sub>o</sub>

**Maier, Hans: Der Entwurf eines Verwahrungsgesetzes.** Monatsschr. f. Kriminopsychol. u. Strafrechtsreform Jg. 14, H. 8/12, S. 225—230. 1924.

Die Fürsorge mußte sich bisher begnügen mit 1. den landesrechtlichen Bestimmungen über Fürsorgeerziehung, die aber nur auf 18-, höchstens 21 jährige Menschen Anwendung finden konnten; 2. den armenrechtlichen Vorschriften über Heilung, Verpflegung Geisteskranker und Geistesschwacher (der sog. außerordentlichen Armenlast); 3. den Bestimmungen über die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker und 4. dem Entmündigungsparagraphen für Bürgerliches Recht. Aus der Fürsorgepraxis heraus ist der Wunsch entstanden, eine Verwahrung zu ermöglichen bei „geistig minderwertigen Menschen, die infolge ihrer Mängel an Einsicht und ihrer Willensschwäche sich ihren Trieben hemmungslos hingeben oder allen äußeren Einflüssen widerstandslos unterliegen, ohne jedoch als geisteskrank oder gemeingefährlich in technischem Sinne bezeichnet werden zu können“. Es liegt der Entwurf eines Verwaltungsgesetzes vor, der bereits in 1. Lesung den Reichstag passiert hat und einer Kommission überwiesen ist. Verf. hat auf Grund der Verhandlungen eines Fachausschusses des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge den Gesetzentwurf erneut einer Durchsicht unterzogen und bringt den so entstandenen Wortlaut. Danach können, um nur das Wichtigste hervorzuheben, Personen, soweit dies zur Bewahrung vor körperlicher oder sittlicher Verwahrlosung erforderlich ist, zur Verwahrung überwiesen werden, wenn sie gemäß § 6 Z. 1 oder Z. 3 BGB. entmündigt sind. Die Entmündigung erfolgt auf Grund eines Beschlusses des Vormundschaftsgerichtes, in dessen Bezirk der zu Verwahrende seinen allgemeinen Gerichtsstand besitzt. Bei Gefahr in Verzug kann das Vormundschaftsgericht auf Antrag der nach § 2 Antragsberechtigten sowie von Amts wegen, bevor die Entmündigung ausgesprochen oder rechtskräftig geworden ist, die vorläufige Einweisung anordnen, falls der Antrag auf Entmündigung und Bestellung eines vorläufigen Vormundes eingereicht und die Gründe des Antrages auf Entmündigung und Einweisung glaubhaft gemacht sind. Das Verwahrungsverfahren kann durch Beschuß des Vormundschaftsgerichts auf höchstens 1 Jahr ausgesetzt werden. Die Richtlinien für die Ausführung der Verwahrung erläßt die Reichsregierung unter Zustimmung des Reichsrates. Die Bestimmung der Vollzugsbehörden liegt den Ländern ob; die Verwahrung dauert, solange deren Zweck es erfordert. Das Vormundschaftsgericht hat in mindestens jährlichen Zeiträumen nachzuprüfen, ob die Voraussetzungen zur Verwahrung noch vorliegen, die Fortdauer der Verwahrung über 3 Jahre ist von einem vom Vormundschaftsgericht zu erlassenden, mit Gründen zu versehenden Beschuß abhängig. Die Aufhebung der Verwahrung kann unter Vorbehalt des Wider-

rufs erfolgen. Vor Aufhebung der Verwahrung hat das Vormundschaftsgericht die Verwahrung der Vollzugsbehörde gutachtlich zu hören. Besonders wichtig ist die Regelung der Kostenfrage. Den Vollzugsbehörden werden  $\frac{2}{3}$  der durch die Verwahrung auf Grund des Gesetzes entstehenden Kosten vom Reiche,  $\frac{1}{3}$  von den Ländern erstattet. Eine Teilung der Kosten zwischen Reich und Ländern erschien als der richtige Weg, da es sich bei den aus der Verwahrung entstehenden Aufwendungen nur zu einem kleinen Teile um neue Kosten, in erheblichem Maße um eine Kostenumschichtung (bisher für Zwangsheilungen, Landesanstaltsfürsorge, Gefängnis, öffentliche Armenunterstützungen, Erwerbslosenunterstützung usw.) handelte. *Vorkastner.*

**Fischer, Max:** *Das badische Irrenfürsorgegesetz in der Bewährung.* Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. 14, H. 8/12, S. 231—250. 1924.

Das badische Irrengesetz hat sich vollauf bewährt. Es genügt allen Anforderungen, die man an ein derartiges Gesetz stellen kann. Wesentlichste Punkte sind: Erleichterung der Aufnahmen (in dringenden Fällen sofortige fürsorgliche Unterbringung eines Geisteskranken ohne Antrag, ohne Statthaftserklärung oder polizeiliche Anordnung lediglich auf Grund eines Zeugnisses, auf Grund einer Untersuchung und eines Zeugnisses des zuständigen Bezirksarztes oder eines Arztes der öffentlichen Irrenanstalt, in welche die Aufnahme erfolgen soll) und Rechtssicherung des Geisteskranken durch das Recht des Einspruchs gegen die Unterbringung beim Bezirksamt, gegen dessen Entscheidung (wie auch gegen dessen in jedem Fall erfolgende Statthaftserklärung) Rekurs an das Ministerium des Innern und Klage beim Verwaltungsgerichtshof zulässig ist. Bei der bevorstehenden Reichsirrengesetzgebung sollte unter Absehung von weiteren Beratungen über eine Neuverfassung das badische Gesetz, das sich in 13 Jahren durchaus bewährt hat, einfach in seiner jetzigen Form und gerade wegen seiner Beschränkung auf das Notwendigste probeweise auf die Dauer von 5 oder 10 Jahren auf das Reich übernommen werden (ein Vorschlag, dem nur zugestimmt werden kann. Ref.).

*Vorkastner* (Greifswald).

**Obario, Juan M.:** *Gesetzentwurf über Geistesgestörte, Giftmißbraucher und Verschwender.* Semana méd. Jg. 31, Nr. 7, S. 285—303. 1924. (Spanisch.)

Verf. hat im Auftrage der medizinischen Gesellschaft Argentiniens Gesetzesvorschläge über die oben genannten drei Kategorien von Kranken ausgearbeitet, die folgende Punkte betreffen: 1. Es wird die Geisteskrankheit definiert und das Entmündigungsverfahren behandelt. Jeder Geisteskranke ist von den Angehörigen, dem behandelnden Arzt oder, bei Gefährlichkeit, von jeder anderen Person der staatlichen Irrenkommission anzuseigen. Diese ernennt auch den Pfleger. 2. Die Leitung der öffentlichen und privaten Irrenanstalten muß in den Händen eines psychiatrisch vorgebildeten Arztes liegen. Die Überwachung der Anstalten liegt der genannten Kommission ob. Es werden die Bedingungen erwähnt, unter denen die Erlaubnis zum Bau von Anstalten erteilt wird. 3. Betrifft die Einweisung der Kranken. Unter bestimmten Voraussetzungen können sie auch zu Hause verpflegt werden, worüber die Kommission entscheidet. Für die Aufnahme in die Anstalt sind zwei ärztliche Zeugnisse notwendig. Auch freiwillig Eintretende können aufgenommen werden, nur muß der Direktor innerhalb 24 Stunden an die Kommission berichten. Die Bewilligung wird immer nur von 10 zu 10 Tagen erteilt. Den in die Anstalt verbrachten geisteskrank gewordenen Gefangenen wird der Aufenthalt in der Anstalt auf die Strafzeit angerechnet. 4. Betrifft die Entlassung der Geisteskranken. 5. Das gesamte Irrenwesen untersteht dem Ministerium des Innern, das zur Überwachung der Bestimmungen die erwähnte Irrenkommission ernennt. Zu ihren Mitgliedern gehört ein Psychiater. Der Direktor überwacht die Korrespondenz der Kranken, gegebenenfalls sind die Schreiben und auch die Gesuche und Beschwerden der Kranken der Kommission zu übermitteln. Die Kommission hat sich auch von dem Geisteszustande der Gefängnisinsassen zu überzeugen da, wo kein Psychiater angestellt ist. 6. Betrifft die Kostenfrage. 7. Geisteskranken und solchen, die geisteskrank gewesen sind, ist die Einwanderung verboten

bzw. sie werden wieder zurückgeschickt. 8. Geisteskranken ist die Heirat nicht gestattet, Trunksüchtige u. dgl. dürfen erst 3 Jahre nach Wiederherstellung heiraten. Genesene Geisteskranken dürfen nur dann heiraten, wenn die Geisteskrankheit sich nicht auf konstitutioneller oder degenerativer Basis entwickelt hat. 9. Was für die Anzeige, Unterbringung und Entmündigung der Geisteskranken gilt, gilt auch für die Süchtigen und geistesschwachen Verschwender. 10. Bestimmungen für den Verkauf von Alkohol und anderen Betäubungsmitteln. Nur Tischwein und Bier darf verkauft werden, und zwar nur in einer bestimmten Konzentration. Alkaloide und Narkotica dürfen nur in der Apotheke auf ein Rezept abgegeben werden. Die Dosen der Pharmakopöe dürfen nicht überschritten werden. Will der Arzt dem Geisteskranken zu therapeutischen Zwecken eine höhere Dosis verabreichen, so muß er an die Irrenkommission berichten, die nach Untersuchung des Falles durch ihre ärztlichen Mitglieder entscheidet.

Ganter (Wormditt).

**Schiedermaier: Die operative Unfruchtbarmachung der Blödsinnigen, Geisteskranken usw., gewürdigt von der rechtlichen Seite.** Münch. med. Wochenschr. Jg. 71, Nr. 14, S. 443. 1924.

Verf. wendet sich gegen die von Boeters ausgesprochene Ansicht, daß die operative Unfruchtbarmachung der Blödsinnigen und Geisteskranken schon jetzt gesetzlich erlaubt sei, wenn die Zustimmung des Betreffenden selbst bzw. seines gesetzlichen Vertreters vorliegt. Unter kritischer Beleuchtung der Rechtslage führt er aus, daß Boeters zweifellos unrecht hat, soweit er behauptet, seine Ansicht sei absolut richtig; man müsse sogar so weit gehen zu sagen, daß die Boetersche Ansicht nicht nur nicht absolut richtig, sondern überhaupt unhaltbar sei. Sein Rat sei daher nach unserem geltenden Recht besser nicht zu befolgen. Es handele sich bei der Zeugungsfähigkeit nicht um die Verfügung über Rechte, sondern über sog. Rechtsgüter, das sind rechtliche geschützte Interessen. Es komme darauf an, ob man von dem, in dessen Unversehrtheit eingegriffen werden soll, noch erwarten könne, daß er volles Verständnis für die Tragweite der Handlung hat, deren Vornahme er duldet. Bei Bejahung dieser Frage werde man seinen Willen entscheiden lassen gleichgültig, ob er einen Vormund hat oder geschäftsfähig ist. Bei Verneinung komme der Wille eines Dritten überhaupt nicht in Betracht. Die Zeugungsfähigkeit sei so sehr ein jus personalissimum, daß eine Vertretung überhaupt nicht möglich sei. Dann aber komme in Betracht, daß der Satz „volenti non fiat injuria“ nicht ausnahmslos, nämlich dann nicht gelte, wenn es sich nicht bloß um das Recht des Zustimmenden, sondern um Interessen Dritter oder der Allgemeinheit handele. Nach überwiegender Ansicht der Juristen sei nur die Verfügung zu Eingriffen leichter Art unbeschränkt, schwere Eingriffe seien überhaupt nicht Gegenstand der freien Verfügung; ein Vollsinniger sei nicht berechtigt, sich blenden zu lassen, denn er lege dadurch anderen die Last auf, sich um seine Pflege zu bemühen, ebenso wenig könne man ihm das Recht zugestehen, über seine Zeugungsfähigkeit zu verfügen. Wenn ein Arzt im Vertrauen auf die Richtigkeit der Boeterschen Ansicht die (rechtlich unerlaubte) Operation vornehme, so befnde er sich in einem Rechtsirrtum, der ihn zwar von der Strafe wegen vorsätzlicher Körperverletzung befreie; der Arzt bleibe aber strafbar wegen fahrlässiger Körperverletzung und schadenersatzpflichtig, denn er handle fahrlässig, wenn er eine Handlung vornehme, über deren Erlaubtheit ihm berechtigte Zweifel kommen müßten. Auch die Ansicht Boeters, daß eine gesetzliche Regelung der Frage in seinem Sinne zu erwarten sei, sei unrichtig. Der neue Strafgesetzentwurf habe die Bestimmung des Entwurfs der Strafrechtskommission nicht übernommen, welche die Körperverletzung mit Einwilligung des Verletzten für erlaubt erkläre, sondern die Entscheidung darüber, inwieweit die Einwilligung geeignet ist, die Rechtswidrigkeit und damit die Strafbarkeit auszuschließen, der Wissenschaft und der Rechtsprechung überlassen. Danach ist zu erwarten, daß der Rechtszustand der gleiche bleibe wie bisher.

Ziemke (Kiel).